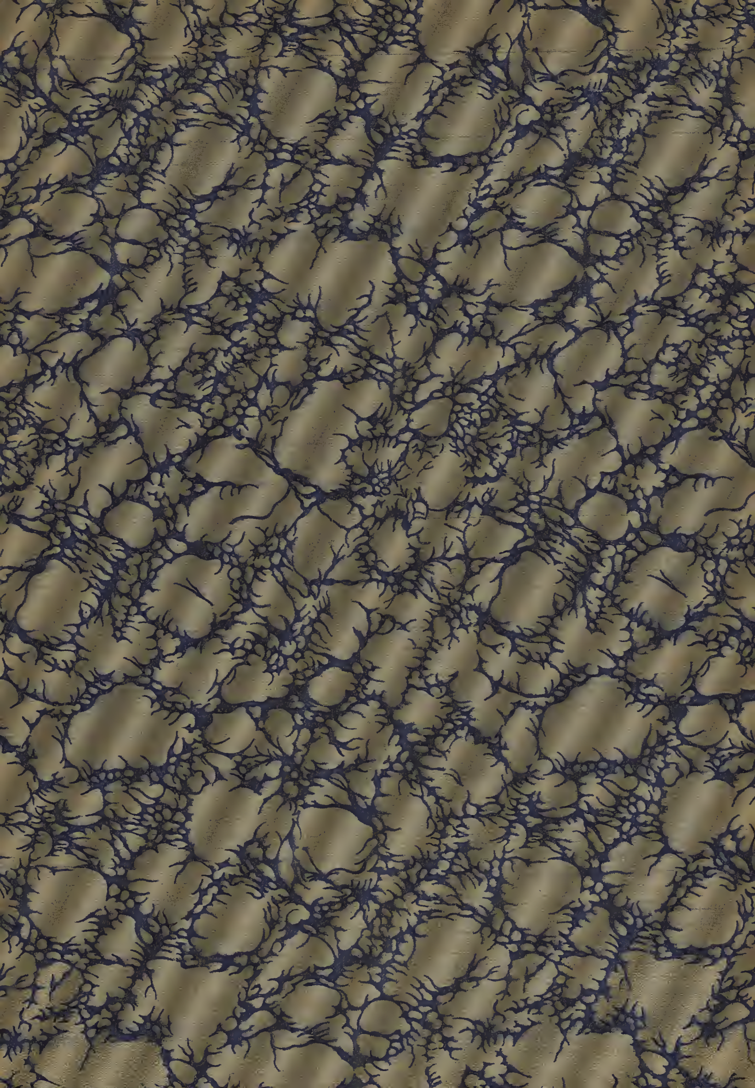
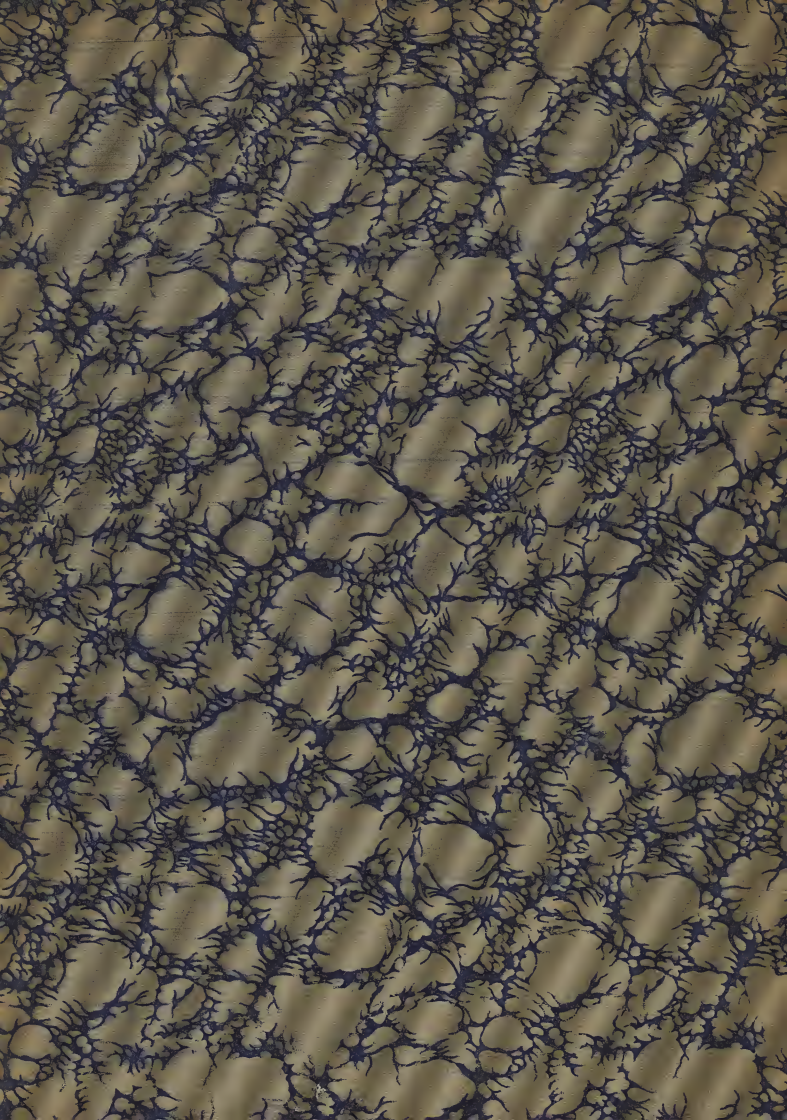

BIBLIOTHÈQUE
de la
FACULTÉ DE MÉDECINE
SR





N° 1. — 1er janvier 1945 | 118e ANNEE | Ce numéro : 4 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 100 fr. Etudiants, 50 fr. ; Etranger, 150 et 180 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

Nous rappelons que tous les abonnements souscrits avant le mois d'août 1944 sont prolongés de trois mois, pour compenser l'interruption causée par les événements.

Nous prions d'autre part nos abonnés de prendre connaissance ci-dessus des nouveaux prix pour 1945.

A NOS LECTEURS

A l'aube de la grande année qui succède à l'année de la Libération, nous adressons à nos lecteurs nos vœux confraternels les plus cordiaux.

Bien des épreuves, bien des angoisses nous attendent encore, car la guerre continue ; supportons-les patiemment en attendant la victoire définitive, qui assurera le retour de nos chers prisonniers et de tous les déportés. Vers eux, vers les soldats français et alliés qui combattent pour la France dans le froid et la neige, notre pensée se tourne toujours ardente.

Nous n'oublions pas les confrères sinistrés, ni tous ceux qui ont souffert, qui souffrent encore.

A tous nous disons courage et confiance dans le Chef qui ne s'est jamais trompé.

INFORMATIONS

Faculté de Médecine de Paris

Election du doyen. — M. le professeur Baudouin a été réélu doyen.

M. le professeur Binet a été réélu assesseur du doyen.

M. le professeur Mocquot a été nommé délégué au Conseil de l'Université.

M. Cambessedès a été chargé provisoirement des fonctions d'agrégé d'hygiène.

M. Navarre a été chargé provisoirement des fonctions de chef des travaux d'hygiène.

Vacance de chaire. — Par arrêté en date du 19 décembre 1944, la chaire de chirurgie urologique de la Faculté de Médecine de Paris (dernier titulaire M. Chevassu, retraité), est déclarée vacante.

Facultés de province

Alger. — Le titre de la chaire d'anatomie pathologique (titulaire M. Montpellier), est ainsi modifié : chaire d'anatomie pathologique et d'oncologie humaine et comparée (décret du 24 juillet 1944).

M. Sabadini, agrégé de chirurgie, a été chargé provisoirement du service de la chaire de clinique gynécologique, en remplacement de M. Ferrari.

M. Pinoy, professeur honoraire, chargé à titre de retraité requis de la chaire de bactériologie (en suppléance de M. Laigret, mobilisé), est chargé en outre provisoirement de la chaire de parasitologie.

M. Pélissier (Georges), ancien chargé des fonctions d'agrégé de chirurgie, est chargé provisoirement de la chaire de clinique chirurgicale infantile et orthopédie, en remplacement de M. Lombard.

M. Duboucher, agrégé libre, est chargé provisoirement de la chaire de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Costantini.

Lyon. — M. Dechaume, professeur de pathologie générale et thérapeutique, est transféré, à compter du 1er novembre 1944, dans la chaire de clinique neurologique et psychiatrique (dernier titulaire M. Jean Lépine, retraité).

Education nationale

Docteurs « honoris causa ». — Un arrêté en date du 20 juin 1944 (J. O., 29 juillet 1944, réimpression), confère le titre de docteur « honoris causa » de l'Université d'Alger, à MM. le brigadier général E. R. Boland, membre du Collège royal des médecins à Londres, et doyen de la Guys Hospital Medical School de Londres.

— G. Bourdenko, chirurgien en chef de l'armée de l'U. R. S. S.

— E. D. Churchill, professeur de chirurgie à l'Université Harvard, à Cambridge.

— A. V. Hill, professeur de physiologie à l'Université de Londres.

— J. Humphrey, professeur à l'Université Mac Gille, de Montréal (Canada).

— P. H. Long, professeur de médecine générale à l'Université Johns Hopkins, de Baltimore.

— Dean Mackenzie, directeur du Centre national de la recherche scientifique du Canada.

— Sir Edward Mellanby, président du Medical Research Council, à Londres.

— Miguel Ozorio de Almeida, professeur de physiologie à l'Université de Rio de Janeiro.

— Georges Préfontaine, directeur de l'Institut de biologie de l'Université de Montréal.

— A. Roubakine, professeur de microbiologie, à Moscou.

Santé publique

Décret du 26 décembre 1944 fixant les attributions du ministre de la Santé publique. — Art. 1er. — Le ministre de la Santé publique est chargé de la sauvegarde de la santé de la population dans la métropole et les départements algériens. Toutefois, en ce qui concerne ces derniers, il exerce ses pouvoirs en liaison avec le ministre de l'Intérieur.

Art. 2. — A ce titre, le ministre de la Santé publique est obligatoirement consulté par les autres ministres pour toutes les questions intéressant la santé publique.

Toutes les lois et décrets intéressant la santé publique sur les territoires métropolitains et algérien doivent porter son contre-seing.

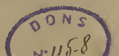
Art. 3. — Le ministre de la Santé publique exerce un contrôle technique sur tous les services médicaux et médico-sociaux des divers départements ministériels ainsi que sur tous les organismes, institutions ou conseils concourant à la protection de la santé publique.

Les modalités d'application du présent article feront l'objet d'arrêtés pris de concert entre les départements intéressés.

Toutefois, ces dispositions ne concernent pas les départements de la guerre, de la marine, de l'air, des colonies et des affaires étrangères qui doivent, cependant, échanger en permanence avec le département de la Santé publique toutes informations utiles.

Art. 4. — Le ministre de la Santé publique, chargé des questions de pharmacie, assure la coordination de tous les services administratifs s'intéressant d'une façon directe à la pharmacie.

Art. 5. — Le ministre de la Santé publique a, dans ses attributions, les questions se rapportant à l'assistance et à la bienfaisance. La Croix-Rouge française et l'entr'aide française relèvent de lui. Il n'est pas porté atteinte aux droits dévolus au ministre des prisonniers, déportés et réfugiés par l'article 3 de l'ordonnance du 9 décembre 1943 et à ceux dévolus au mi-



nistre chargé de la présidence de l'office national des mutilés, anciens combattants et victimes de la guerre.

Art. 6. — Le ministre de la Santé publique est chargé de mettre en œuvre la politique familiale du Gouvernement ; il connaît de toutes les questions intéressant la préservation et le développement de la population.

Toutefois, les allocations familiales continuent à relever des ministres actuellement intéressés, et les ordonnances concernant la politique générale des habitations à bon marché sont contresignées du ministre de la Santé publique, du ministre de l'Economie nationale et du ministre de la reconstruction et de l'urbanisme.

Art. 7. — Le ministre de la Santé publique est chargé de coordonner l'activité des administrations publiques et des œuvres ou entreprises privées assurant la protection des mineurs déficients ou en danger moral. Un comité de coordination est constitué à cet effet par arrêtés pris conjointement par le ministre de la Santé publique, le ministre de la Justice et le ministre de l'Education nationale.

Conseillers techniques sanitaires. — La liste des conseillers techniques sanitaires du ministère de la Santé publique est fixée ainsi qu'il suit :

Alimentation : M. le Dr Chevallier.
Alcoolisme (lutte contre l') : M. le Dr Derobert.
Eaux et assainissement : MM. Dienert et Vignerot.
Cancer : M. le prof. Roussy.
Chirurgie : M. le Dr Roux-Berger.
Education sanitaire : M. Viborel.
Epidémiologie : M. le prof. Lemierre.
Hydrologie et climatisme : M. le prof. Justin-Besançon et M. le prof. Santenoise.
Hygiène : M. le prof. agrégé Henri Bonnet.
Médecine : M. le prof. Pasteur Vallery-Radot.
Neurologie : M. le prof. Baudouin.
Psychiatrie : M. le prof. agrégé Delay.
Obstétrique : M. le prof. Lévy-Solal.
Pédiatrie : M. le prof. Debré.
Pharmacie : M. le prof. Bougault.
Pharmacologie : Mlle Jeanne Lévy, prof. agrégé.
Prophylaxie et vaccination : M. le Dr Dujarric de la Rivière.
Phtisiologie : M. le prof. F. Bezançon et M. le Dr Pierre Bourgeois.
Toxicomanie : M. le Dr Péron.
Vénéréologie : M. le Dr Lévy-Bing et M. le prof. Gougerot.
Laboratoire : M. le Dr Cruveilhier.

Assistance publique de Paris. — M. Lévêque, directeur de l'hospice national des Quinze-Vingts, chargé à titre provisoire des fonctions de directeur de l'Assistance publique, à Paris, est nommé, à titre définitif, directeur général de l'Assistance publique de Paris.

Hospice national des Quinze-Vingts. — M. Gurret, directeur de l'institution nationale des sourds-muets de Chambéry, est nommé, en la même qualité, à l'hospice national des Quinze-Vingts.

Victoire. — La Presse et la Radio ont récemment fait connaître au public la fondation de « Victoire », organisme national d'aide aux combattants, dont le but immédiat est d'apporter à ceux de nos combattants qui sont démunis de tous les vêtements chauds, les couvertures, les chaussures, grâce auxquels ils pourront supporter l'hiver. Ces objets de première nécessité sont acheminés par convois dès leur réception aux plus deshérités, les F. F. I. du front de l'Atlantique, des Vosges et des Alpes.

« Victoire » adresse aujourd'hui un pressant appel aux médecins parisiens pour leur demander instamment les médicaments de première nécessité dont ils n'ont pas un indispensable emploi : sulfamides (poudre et comprimés), opiacés, toni-cardiaques, hormone cortico-surrénale, sérums, opothérapie hépatique, ainsi que pansements individuels, anesthésiques, antiseptiques.

Les dons seront reçus avec reconnaissance au nom de « Victoire » avec mention « médicaments », soit au Conseil des Médecins de la Seine, 242, boulevard Saint-Germain, soit au siège de « Victoire », 22, avenue Foch, Paris (16e).

Cours

Clinique chirurgicale de l'hôpital Cochin
Professeur Jean Quénu

COURS SUR LA GONOCOCCIE FÉMININE

Un cours sur la gonococcie féminine, les métrites, les salpingo-ovarites et la stérilité, sera fait par M. Claude Béclère, du 7 au 28 janvier 1945.

Les cours publics auront lieu chaque dimanche matin à 11 heures, dans l'amphithéâtre Edouard-Quénu, à l'hôpital Cochin.

Dimanche 7 janvier. — La gonococcie : fréquence, contagiosité, lésions anatomo-pathologiques, examen bactériologique, gono-réaction, diagnostic de guérison, dépistage, prophylaxie, enseignement, lutte contre la gonococcie.

Dimanche 14 janvier. — Les lésions gonococciques : urétrite, skénite, bartholinite, vulvo-vaginite, métrite cervicale, salpingo-ovarite, hydrosalpinx latent, pyosalpinx aiguë, salpingites kystiques.

Dimanche 21 janvier. — Traitement de la gonococcie : diagnostic différenciel, vaccins, sulfamides, pénicilline, diathermie, ondes courtes, électro-coagulation, interventions chirurgicales conservatrices et radicales.

Dimanche 28 janvier. — La stérilité : examen du couple stérile, stérilité masculine, stérilité féminine, insufflation tubaire, hystéro-salpingographie, dilatations, traitements hormonaux, fécondation artificielle, chirurgie réparatrice, prophylaxie de la stérilité, examen prénuptial.

Cours de perfectionnement en vue de l'obtention du diplôme d'hygiène. — Ce cours, destiné à former des médecins hygiénistes spécialisés, comprend :

1° Une série de travaux pratiques de bactériologie ; 2° Une série de travaux pratiques de parasitologie ; 3° Une série de conférences d'hygiène et d'épidémiologie ; 4° Des séances d'instruction dans divers services hospitaliers et des visites d'installations d'hygiène.

Il commencera le lundi 8 janvier à 14 h. 30 pour la bactériologie, et le lundi 5 mars, à 14 h. 30, au laboratoire d'hygiène, pour l'enseignement spécial d'hygiène. Il durera jusqu'à mi-juin, et sera suivi d'un examen sanctionné par un diplôme.

Pour tous renseignements s'adresser au Laboratoire d'hygiène, Ecole pratique, escalier D, 2e étage.

La Société Française de Gynécologie organise une séance spéciale le lundi 15 janvier 1945, à 17 heures, à la Faculté de Médecine, salle de Thèses n° 2. A l'ordre du jour : Le métabolisme des hormones ovariennes, par M. le professeur Max Jayle.

Au cours de la même séance, M. le Major Rieser, du Service de santé de l'armée des U. S. A., parlera de la pénicilline dans le traitement des maladies vénériennes.

Tous les médecins français et alliés sont cordialement invités.

INTERETS PROFESSIONNELS

Sociétés d'arrondissement de Paris

Le Conseil général des Sociétés d'arrondissement, qui comprend une grosse majorité de médecins syndiqués de la Seine, a voté à l'unanimité des membres présents, au cours de sa réunion du 20 décembre, les résolutions suivantes :

« 1° Les médecins de la Seine sont prêts à faire fonctionner à nouveau les syndicats, tels qu'ils existaient avant le 16 juin 1940, et leur Fédération, dans la plénitude de leur pouvoir et de leur indépendance ;

(Voir fin des informations p. 14.)

Renseignements

Etudiant français ayant fini ses stages hospitaliers, est demandé pour remplir fonctions d'interne dans maison de santé médicale (Seine-et-Oise), à 15 km. de Paris. Logement, nourriture, et indemnité mensuelle de 1.200 à 1.500 fr. Ecrire H. M., bureaux du journal.

J. f. laborant. conn. parfait. anal. biolog. chim. et bact., et techn. prélèv.; posséd. 3 ans minim. référ. m. pl.; habit. riv. g. ou banl. Sud. Ecr. en indiq. âge, référ. prétent. à Pharm. 4, Pce Porte Orléans.

MÉCANISME ANTI-INFECTIEUX DES SULFAMIDES [a]

par MM. G. Jeanneney et P. Castanet
(Bordeaux)

L'efficacité remarquable des sulfamides a suscité d'innombrables explications, la plupart d'ordre analytique n'envisageant qu'une partie d'un problème en réalité fort complexe. Ainsi les premières hypothèses les considéraient comme de puissants antiseptiques, mais cette vue théorique devait être rapidement révisée à la lumière des faits, pour aboutir à la certitude de l'action simplement bactériostatique des dérivés organo-soufrés.

Puis les constatations cliniques et bactériologiques mirent en lumière ce fait primordial que, pour *agir, les sulfamides devaient faire appel à certaines qualités de l'organisme : phagocytose* d'abord, puis pouvoirs défensifs de l'organisme non spécifiques, enfin *immunité spécifique* même, et c'est cette particularité *active* de l'organisme qui expliquerait tantôt l'efficacité remarquable du médicament, tantôt son impuissance apparente.

Nous nous sommes, depuis 1936, attachés à ces problèmes et les avons abordés sous ces différents angles. Nos recherches ont été singulièrement facilitées dans ce domaine par *l'étude de l'influence des sulfamides sur des mécanismes particuliers de défense du sang :* pouvoir antitryptique, peroxydasique d'une part, et *pouvoir hémobactéricide* d'autre part.

Une série de mises au point originales de ces techniques d'exploration des défenses organiques a pu seule nous permettre de mener à bien cette étude que nous avons poursuivie sur des sujets sains et chez des septicémiques. Bien plus, une autre *méthode d'analyse absolument originale* nous a permis de suivre *in vitro*, sur du *sang conservé isolé* de l'organisme, ces divers phénomènes. Grâce à ce moyen nouveau d'investigation que l'on peut appeler chimie méso-hématique et à *l'analyse biotogique* du sang conservé (que nous nommons *analyse parhémobiologique*), nous avons pu suivre et dissocier tous les mécanismes d'utilisation des sulfamides et être ainsi des premiers à en préciser l'action au point de vue chimique et biologique. Notre manière de voir à cet égard ayant été confirmée par de nombreux auteurs, nous croyons le moment venu de l'exposer dans son ensemble. Elle permet de synthétiser la plupart des hypothèses formulées jusqu'ici et les éclaire d'un jour singulier.

***

Ce qui caractérise la molécule sulfamide, ce sont ses deux pôles : NH^2 et SO^2NH^2. Chacun semble doué de propriétés spéciales qui jouent dans le mécanisme de défense antiinfectieux un rôle capital. Il convient donc de les étudier systématiquement.

I. — ROLE DU POLE NH^2 : Action colligitive.

(pouvoir bactériostatique — pouvoir immunisant)

Le pôle NH^2 est un pôle de *liaison*, un *pôle « colligitif »*, pour employer une heureuse expression de Descartes, liaison qui agglutine la molécule sulfamide *d'une part aux protéides microbiennes* qui sont ainsi neutralisées ou inhibées : d'où l'action *bactériostatique* du sulfamide, *d'autre part aux protides du tissu sanguin* dont elle augmente ainsi le *pouvoir défensif*, ce que manifeste l'augmentation du P.H.B. et l'apparition d'anticorps.

A) *Liaison avec les protéides microbiennes, action bactériostatique.*

On sait que les travaux de Wood (1), Fildès (2), Kuhne (3) et Jensen (4) ont montré que le sulfamide est doué de propriétés « antivitaminiques » (*b*) du fait de son union par liaison peptidique aux protides microbiens. Le radical NH^2 du sulfamide est bien cet agent de liaison. En effet, c'est en déplaçant, en luxant le radical NH^2 de la molécule vitaminique accolée au microbe (et qui permet sa vie) *en se tiant à sa place* au protide microbien, qu'elle s'oppose à la poussée microbienne *(action bactériostatique)*.

B) *Liaison avec les protéides tissulaires, protéides du tissu sanguin en particulier. Constitution d'azoprotéides première étape des anticorps.*

Cette *fusion* ne se fait pas qu'avec les protides microbiens, mais aussi *avec les protides sanguins*. Nous avons été les premiers, dès 1939 (5), à attirer l'attention sur l'union de RNH^2 (*b'*) avec les *protéides du tissu sanguin*, permettant la constitution des *azo-protéides de défense* de Jeanneney et Castanet, premier pas vers la formation complète de l'anticorps. Cette formation se ferait en deux étapes : la première aboutissant aux anticorps incomplets de Wright — c'est-à-dire se traduisant par une élévation non spécifique de tous les pouvoirs de défense et en particulier du P.H.B. (pouvoir hémo-bactéricide) — la seconde aboutissant aux anticorps complets définitifs de Ramon et entraînant l'*apparition* totale et complète de l'*immunité*.

Notre conception repose sur les faits suivants :

Eagle et Vickers (6) démontrent que, pour une quantité minime de diazoïque, les protéides organiques donnent des quantités considérables d'azo-protéides correspondant aux *divers types protéiques de l'organisme :* Ainsi se conjuguent avec les sels de diazonium : la tyrosine, l'histidine, la phénylalanine, le tryptophane, la proline, l'hydroxyproline, le glycocole, l'alanine, la lysine, l'ornithine, en un mot toutes sortes d'acides aminés.

Ces liaisons sont loin d'être des liaisons de moindre importance, bien au contraire : la faculté de fixation de l'azoïque par les protides est considérable, puisque, d'après Eagle et Vickers une molécule de protéide, après trois heures de contact, immobilise environ 400 molécules d'acide sulfanilique.

Ainsi le pôle NH^2 des azoïques conjugué avec une molécule protidique aboutirait à la formation d'*azoprotéides.*

Or, *les recherches de Landsteiner et Van Der Scheer* (7) *permettent le considérer les azoprotéides à fonction acide comme de véritables antigènes artificiels provoquant la formation d'anticorps qui, au contact de chaque antigène, donnent des réactions de précipitations nettement spécifiques.*

Comme conséquences de ces données Gœbel et Avery (8) ont réalisé les premiers un antigène spécifique synthétique en partant du *glucide* G. III, extrait de la capsule de pneumocoque. Avec ce glucide Gœbel et Avery, Dubos et Tiller (9), Googhner et Avery (10) Heidelberger et Gœbel (11) ont pu préparer son dérivé paramino-benzylique, puis à l'aide du sel de diazonium de ce dernier, réaliser la conjugaison avec des globulines de sérum.

Le gluco-protéide de synthèse ainsi obtenu est un véritable antigène artificiel puisqu'il détermine, par injection au lapin, l'apparition d'un sérum anti-pneumococcique III actif où se révèlent des doses élevées de précipitine et d'agglutine à l'égard du pneumocoque III : ainsi ce sérum protège la souris contre 100.000 doses mortelles d'une culture virulente de pneumocoque III.

Ces faits nous ont amenés à considérer l'action du paraminophénylsulfamide sous un angle entièrement nouveau. Ce corps se conjuguerait aux protéides plasmatiques et prendrait ainsi une part active à la formation des anticorps, et par voie de conséquence aux phénomènes de l'immunité en général.

En effet, l'étude systématique de la mesure du pouvoir hémobactéricide nous avait amenés à considérer les faits suivants (13) :

1° L'administration de corps azoïques ou de sulfamide *per os* à un donneur augmente son pouvoir hémo-bactéricide et cette qualité peut être transmise au receveur (13-14) ;

2° Bien plus, ces propriétés défensives appartiennent en *propre au tissu sanguin*, puisque ce dernier, *isolé de l'organisme* (sang conservé), peut les acquérir et les développer. Ces faits avaient d'ailleurs été déjà aperçus par Wright avec les vaccins microbiens défensifs propres au tissu sanguin (vaccination *in vitro*).

Nos recherches avaient porté sur l'étude du pouvoir hémo-bactéricide d'un sang citraté conservé *in vitro* et auquel nous ajoutions tantôt des azoïques et du P.A.S., tantôt des vaccins (15). Il est alors facile de faire les constatations suivantes :

1° Lorsqu'on injecte à un sujet des corps azoïques ou des sulfamides et qu'on recueille aussitôt le sang de ce sujet dans un récipient citraté, puis qu'on conserve ce sang à la température du laboratoire pendant 24 heures, on s'aperçoit que le pouvoir hémo-bactéricide de ce sang étudié de 4 heures en 4 heures va croissant ;

2° Lorsqu'on ajoute, *in vitro*, à du sang prélevé sur un sujet ayant reçu des corps azoïques, *d'une part du rubiazol ou du P.A.S., d'autre part des vaccins*, on constate une augmentation encore plus manifeste du pouvoir hémo-bactéricide.

Ces constatations nous conduisirent alors aux conclusions suivantes :

« Soustraire une partie du tissu sanguin d'un individu déjà sous l'action des corps azoïques ou des sulfamides, le conserver *in vitro*, donner naissance, toujours *in vitro*, à une série de transformations aboutissant à une augmentation de ses qualités immunisantes, le mettre à la portée de tous, tel est le principe de la cataphylacto-transfusion chimique *in vitro*. »

Dans cette action colligitive du pôle NH^2, le sulfamide n'est pas seul : le terrain lui apporte des antennes capables de le fixer; c'est pourquoi tous les individus ne réagissent pas de la même façon à l'action du sulfamide; les uns les utilisent parfaitement : ce sont des donneurs de choix pour la cataphylacto-transfusion, les autres, au contraire, sont dans l'impossibilité matérielle d'en tirer bénéfice. Ces derniers sujets, en effet, possèdent probablement des quantités plus considérables de certains acides aminés doués d'une activité antisulfamide : Nitti, Tabone et Rousset (16) l'ont établi pour la darginine, l'arginine, l'histidine, la lysine, la methionine, les acides glutaniques et aspartiques.

Par contre, d'autres acides aminés, qui prédominent sans doute chez les sujets se défendant bien (ne fait pas une septicémie qui veut, écrivions-nous, ne possèdent aucune activité antisulfamide (phénilalanine, cystine, tyrosine, triptophane) et d'autres même, sont dotés d'un certain pouvoir bactériostatique (glycocolle, alanine, valine). Nous avons conseillé d'administrer ces derniers comme de véritables aliments-médicaments aux septicémiques et aux donneurs pour cataphylacto-transfusion.

(*a*) Travail du Laboratoire de Recherches du Service de clinique chirurgicale et gynécologique de l'Université de Bordeaux.

(*b*) Par vitamine ces auteurs entendent l'unité biotique para-aminobenzoïque indispensable à la croissance du germe auquel elle est soudée.

(*b'*) R. noyau benzénique sulfamidé.

Ces auteurs (17) ont ainsi établi qu'il existe dans l'organisme vivant des facteurs excitant l'action sulfamidique et d'autres la neutralisant (*c*). Ce qui confirme une fois de plus nos idées sur l'importance du terrain dans l'utilisation des sulfamides et dans la lutte contre l'infection.

En somme, sur le pourtour de l'immense molécule plasmatique, peuvent se constituer isolément ou simultanément des azoprotéides de défense et des azoprotéides antisulfamides, que met en évidence l'étude du pouvoir hémo-bactéricide.

II. — ROLE DU POLE SO^2NH^2. Action catalytique.

(Pouvoir peroxydasique, bactériostatique et immunisant).

Dès 1940, nous avons soutenu que les sulfamides se comportent dans les réactions de défense *comme de véritables catalyseurs.*

Le groupement $SO^2 NH^2$ est l'ami de l'acide sulfonique. Ce dernier corps est considéré comme un des acides les plus puissants de la chimie. Il possède, au premier chef, une *action catalytique* qui est, en particulier, utilisée dans l'industrie des phénols.

Ainsi, Moureu, dans son chapitre consacré aux modes d'obtention des éthers par les *acides sulfoniques* chauffés avec les alcools, déclare « qu'ils se comportent, en définitive, comme de véritables catalyseurs déshydratants ».

D'autre part, les acides sulféniques et sulfiniques jouent également un rôle important lors de la réduction du gluthation dans les tissus et de son oxydation par la suite en présence de l'oxygène (Marisson (18), Binet et Weller) (19).

Cette réaction se décompose en trois phases (Marisson), qui démontrent encore l'action catalytique du disulfure :

Première phase: Le disulfure S-S aboutirait à un dérivé sulphydrique SH et à l'acide sulfénique.

$$R - S - S - R + H^2o \longrightarrow R - SH + R - SOH$$

Deuxième phase: L'acide sulfénique fixe l'oxygène et se transforme en acide sulfinique.

$$R - SOH + 1/2\ O^2 \longrightarrow R - SOOH$$

Troisième phase: L'acide sulfinique, en présence d'un dérivé sulfydrilé, réagit et donne un disulfure et un acide sulfinique ; puis le cycle recommence.

Or, le groupement $SO^2 NH^2$ a des parentés, des analogies considérables avec les acides sulfoniques, les sulfones, les sulfoxides et les sulfures. On peut donc admettre que ce groupement SO^2NH^2 suit la même évolution que ces corps. Dans ces conditions, le radical SO^2NH^2 se transformerait alors successivement en SO^3H — SO^2H — SOH puis SO, avec réapparition des fonctions acides et de ses transformations dans le sens inverse. SO — SOH — SO^2H — SO^3H, *se comportant ainsi exactement comme les catalyseurs précédemment cités.*

C'est cette opinion que nous soutenons depuis 1940, à savoir que les sulfamides dans les réactions de défense se comportent comme de *véritables catalyseurs;* ainsi l'apparition d'un *peroxyde bactériostatique* dans une culture de pneumocoque dans laquelle on apporte un sulfamide (Mellon 1934), n'est que le résultat de **l'activité catalytique du** sulfamide (*d*).

On sait qu'il existe *deux types de catalyseurs:* les uns positifs et les autres négatifs. Il peut être intéressant pour mieux analyser le mode d'action des corps que nous étudions, de préciser dans quelle catégorie ils doivent être rangés.

Action catalytique négative. — Lorsqu'on envisage le pouvoir bactériostatique des sulfamides, on pense aussitôt, devant l'action antivitaminique de ces corps, à les classer parmi les *catalyseurs négatifs* à fonction antioxygène, bien étudiés par Moureu et Dufraisse (22). Ces catalyseurs se comporteraient de la façon suivante : le corps auto-oxydable, l'oxygène et l'antioxygène mis en présence donneraient chacun un peroxyde et ces peroxydes se détruiraient par réduction mutuelle d'ou régénération du mélange initial : corps auto-oxydable, oxygène et anti-oxygène, ce qui pourrait s'exprimer : A étant le corps autooxydable et B l'antioxygène :

$$A + O^2 = A\ (O^2) \qquad B + O^2 = A\ (O^2)$$
$$A\ (O^2) + B\ (O^2) \longrightarrow A\ (O^2) + B\ (O^2)$$

Cette manière de voir ayant soulevé les critiques de Perrin (23), Christiansen proposa une autre hypothèse pour expliquer l'action des *catalyseurs négatifs:*

Lorsqu'une molécule activée réagit, l'énergie dégagée n'est pas directement dissipée sous forme cinétique, mais sert à activer d'autres molécules qui entraînent, en réagissant à leur tour, de nouvelles activations (action en boule de neige).

D'autre part, l'antioxygène en désactivant une molécule, raccourcit sa vie moyenne, et l'énergie de désactivation, au lieu de servir à activer de nouvelles molécules, est dissipée thermiquement.

Ces deux séries d'hypothèses donnent une explication de certains faits concernant les sulfamides, par exemple :

1° *L'apparition de quantités importantes de peroxydes* sous l'influence de ces corps (Mellon, Jeanneney, Castanet, Georget) ;

2° *L'arrêt de croissance des microbes*, les sulfamides coupant la série des réactions chimiques nécessaires à leur développement ;

3° Enfin, *l'action anti-vitaminique* des sulfamides (Wood et Fildes) pourrait également rentrer dans le cadre de ces faits.

Par contre, d'autres constatations plaident en faveur de l'action *catalytique positive* des sulfamides. Ainsi, leur action sur le *pouvoir hémobactéricide* suggérerait plutôt l'idée d'une synthèse : sous l'action de ces catalyseurs positifs apparaissent, nous l'avons montré, des cascades d'oses et d'acides uroniques, qui par conjugaison avec les azoprotéides aboutiraient à la formation de ces polycomponents que sont les *antigènes* (*e*).

En résumé, nous pensons que le pôle SO^2NH^2 du sulfamide joue une *action catalytique*, *tantôt positive, tantôt négative selon le milieu dans les phénomènes de défense antiinfectieux*, action catalytique amenant tantôt l'apparition d'un *peroxyde bactériostatique*, tantôt la formation par étapes successives d'*antigènes artificiels*. Selon le milieu, le pôle SO^2NH^2 serait donc tantôt catalyseur positif, tantôt négatif.

Il nous reste à préciser, d'une part, le mode d'apparition des *azoprotéides de défense* (Jeanneney et Castanet) c'est-à-dire l'action colligitive des sulfamides sur les protéides du sang), d'autre part, leur *action catalytique.*

III. — MECANISME DE CES PHENOMENES COLLIGITIFS (POLE NH^2) et CATALYTIQUES (POLE SO^2NH^2)

Le mécanisme qui permet à la cellule de respirer préside également à son utilisation de la molécule de sulfamide. Il nous paraît donc indispensable de rappeler ici les diverses théories expliquant *la respiration.*

Lavoisier la comparait à la « combustion des chandelles », l'oxygène étant utilisé en liaison avec le carbone et excrété sous forme d'acide carbonique. Ainsi était établie et mesurée l'*oxydation directe.*

En réalité, Pasteur, en explorant l'utilisation de l'oxygène par les anaérobies, nous expliquait du même coup les phénomènes d'oxydation indirecte qui permettent la respiration tissulaire, les cellules utilisant *indirectement* l'oxygène fixé sur les molécules de certains corps (oxydation indirecte).

Wieland, à son tour, analysant ce mécanisme, démontra que l'oxygène n'était pas le facteur primordial de la respiration cellulaire; inerte par lui-même, il ne se fixerait sur les tissus que *grâce à l'hydrogène* qui l'active, l'arrache au corps dont il faisait partie, le mobilise, le transporte sur un autre corps qu'il oxyde par sa seule présence. Le phénomène dépend essentiellement du potentiel d'oxydoréduction du tissu sanguin selon l'équation :

$$OXY + H^2 \rightleftarrows RED$$

OXY représentant le corps oxydé, RED le corps réduit, H^2 ou RH la quantité d'hydrogène moléculaire libre, capable tantôt de se porter sur le corps oxydé et de le réduire, tantôt d'être arraché au corps réduit et de le transformer en corps oxydé. Cette mobilisation de l'hydrogène est sous la dépendance de corps spécieux qui, l'activant d'abord pour le rendre plus mobile, l'hydrogène ainsi activé et mobilisable, quitte le corps *donneur d'hydrogène* pour être accepté par un nouveau corps, l'*accepteur d'hydrogène.* Ce transport peut d'ailleurs se faire par l'intermédiaire d'une cascade de corps *accepteurs temporaires* pour aboutir enfin à l'*accepteur définitif.*

L'hydrogène joue donc un rôle important dans la respiration. Et c'est ainsi qu'à côté du carbotropisme de Lavoisier, Thunberg admet que *pour qu'il y ait oxydation, il faut qu'il y ait d'abord formation d'un complexe avec l'eau* (conception hydrogènotrope).

Dans le cas des sulfamides, cette hydrogénation intervient favorablement puisque R.-L. Mayer (26) a démontré que la para-hydroxylamine phénylsulfamide est plus active que la paramine phénilsulfamide de Tréfouel, Nitti et Bovet.

NH — OH　　　N — H, H

SO^2NH^2　　　SO^2NH^2

ce qui vient de confirmer la théorie de Wieland.

(*c*) Mise en évidence de l'effet antisulfamidique dans le sérum de l'homme après injection de novocaïne. Stocker, Kolin, Wiscler (13 mars 1943) 22-230-1. Le sérum présente une action antisulfamidique qui disparaît rapidement (en 60 à 80 minutes) après l'injection de novocaïne.

(*d*) Il nous paraît intéressant de rappeler que les mêmes fonctions acides sulfoniques, sulféniques, sulfiniques, sulfones et sulfures interviennent dans les réactions biologiques de la respiration cellulaire et de la défense organique, ce qui représente une autre modalité d'action des sulfamides.

(*e*) Cavallini et Saccorrello viennent d'étudier les glucosides dérivés des sulfamides. Les glucosides de la para-aminobenzènesulfamide, celui de la 2-(para-amino. benzènesulfamide) pyridium les galactosides de la 2-(para-aminobenzènesulfamidopyridine) et de la 4.4-diaminodiphénylsulfone ainsi que de la para-aminobenzènesulfamide ont été préparés par chauffage du dérivé de la sulfamide avec le sucre en présence de chlorure d'ammonium dans l'alcool. Les points de fusion ont été déterminés et les analyses faites (dosages de soufre) des dosages dans le sang

Pourtant, cette dernière théorie ne correspond pas à toute la vérité et il faut quand même admettre avec Warbourg (28) que l'*oxygène intervient activement*, puisque Thunberg (27) a reconnu la formation de *peroxydes* au cours de l'oxydation des aliments.

En somme, pour que l'oxygène puisse jouer son rôle dans l'oxydation, il faut que, lui aussi, comme l'hydrogène, soit mobilisé et activé et l'hydrogène ne peut former un radical OH qu'avec la participation de l'oxygène rendu lui-même actif. *Dans le sang*, ce rôle complexe appartient à l'hémoglobine agissant comme donneur accepteur et activateur de l'oxygène, d'une part, et comme peroxydase, d'autre part (Polonowsky et Jayle) (29) (*f*).

Il faut donc avec Szent Gyorgyi et Keilin (30) admettre en dernière analyse que hydrogénases et déshydrogénases, d'une part, oxydases et peroxydases, d'autre part, jouent un rôle simultané dans la mobilisation respective de l'hydrogène et de l'oxygène.

De toute façon, *le sang remplit toutes les conditions pour accomplir ces différentes fonctions*. Il possède un potentiel d'oxydo-réduction qui lui est propre et en rapport constant et permanent avec le potentiel d'oxydo-réduction des cellules appartenant aux différents tissus. Il est extrêmement riche en ferments, ferments des leucocytes (31) et du globule rouge. Il possède de nombreux *transporteurs d'hydrogènes* dont deux sont parfaitement connus, le glutathion et l'acide ascorbique et il est extrêmement riche en masses protéiques que l'on pourrait comparer à un immense film sur lequel viennent s'imprégner toutes les réactions provenant de la vie cellulaire des différents tissus de l'organisme.

Ainsi, les propriétés colligitives du pôle NH^2 et celles catalytiques du Pôle SO^2 NH^2 de la molécule de Tréfouel, Nitti et Bovet semblent être sous la dépendance de l'activation et de la mobilisation des ions H et OH qui, par leurs actions simultanées, la modèlent de façon à faire apparaître des propriétés qui lui permettent de participer à la vie cellulaire des tissus.

Et c'est en ceci que la *découverte* de Fourneau, Tréfouel, Nitti et Bovet jette un jour particulièrement grand sur l'avenir des travaux concernant la vie de la cellule (32) et son équilibre (Jeanneney et Castanet) (32).

Voici les faits qui confirment l'action des ions H et OH, dans l'utilisation des sulfamides par l'organisme :

Fourneau, Tréfouel, Nitti, Bovet ont démontré que, dans l'organisme, le diazoïque sulfamido-chrisoïdine se scindait en deux noyaux benzéniques : l'un tri-aminé, l'autre aminé et sulfamidé porteur de l'activité thérapeutique.

R.-L. Mayer a précisé que cette scissure était obtenue par *hydrogénation*. Il a précisé également que le diazoïque fonctionne *comme un accepteur d'hydrogène de Wieland*.

Les exemples ne manquent pas de ces phénomènes de réduction suivis d'oxydation ; ainsi R.-L. Mayer constate que les produits actifs s'étagent entre les premiers pas de l'oxydation de l'amine jusqu'à son oxydation complète, c'est-à-dire entre les fonctions RNH^2 — $RNH\ O^2$ — $RN\ O^2$ (R représentant le noyau benzénique sulfamidé).

R.-L. Mayer démontre, en outre, que l'hydroxylamine RNH OH est plus actiff que RNH^2, mais moins actif que $R\text{-}NT^2$. Cependant, ce dernier corps étant plus toxique que les deux premiers, il faut en pratique lui préférer RNH^2.

Gœbel et Avery, au cours de leur préparation du couple protéide-glucide G^3, partent du glucide spécifique du pneumocoque III en l'unissant au Bromure de Paranitrobenzyl :

$$Br - CH^2 - C^6H^4 - NO^2$$

et arrivent ainsi à la constitution du couple :

$$\text{Protéide} - N - N - C^6H^4 - CH^2 - O - G^3$$

en réalisant successivement des *réductions suivies d'oxydation*.

Enfin Haber, Brand, Steiner, Elbs Bamberger, Brody (cités par Dœuvre) (33), étudiant la réduction du groupe NO^2 nucléaire en milieu alcalin par électrolyse obtiennent successivement des dérivés azoïques, hydrazoïques et des maines suivant le schéma ci-dessous, qui donne une idée succincte de la multiplicité des réactions :

$$AR - NO^2 \rightarrow AR - NO \rightarrow AR - NO.\ OH \rightarrow AR - NH^2$$
$$(AR - N \quad N(O)\ ) \quad (AR \quad N\ N) \quad (AR - NH - NH - AR)$$

A la suite de tous ces faits, nous pensons que l'*oxydation de la molécule de Trefouel, Nitti et Bovet, grâce à l'intervention de son radical* NH^2, aboutit dans l'organisme (comme l'a démontré R.-L. Mayer) à NO^2 et qu'à partir de ce moment la conjugaison avec les protéides s'opère suivant le schéma des auteurs cités ci-dessus par Dœuvre.

Pour plus de précision nous croyons que cette oxydation étant faite par un peroxyde issu de l'action peroxydasique de l'hémoglobine, la formule au lieu de s'écrire $R\text{-}NO^2$ pourrait passer par les étapes suivantes :

$$R - N\begin{cases} H \\ H \end{cases} \quad \begin{matrix} N - OH \\ R \diagdown \quad H \end{matrix} \quad R - N\begin{cases} OH \\ OH \end{cases} \quad RN\begin{cases} O - OH \\ O - OH \end{cases} \rightarrow R - N\begin{cases} O \\ O \end{cases} + \begin{matrix} OH \\ | \\ OH \end{matrix}$$

Ce qui permet d'expliquer l'apparition du peroxyde signalé par Mellon et *la nécessité d'un milieu riche en oxygène pour faciliter l'action des sulfamides*.

***

Quels sont les faits biologiques sur lesquels nous pouvons nous appuyer pour tenir cette hypothèse comme plausible ?

Avec Georget (34) nous avons constaté, dès 1938, qu'en se servant comme témoin de l'action peroxydasique du tissu sanguin, de l'oxydation du gaïacol en tétragaïacoquinone résultant de la soudure de 4 molécules de gaïacol avec élimination de 4 molécules d'eau — *l'adjonction au sang de sulfamides augmentait notablement son pouvoir peroxydasique aussi bien* in vitro *qu*'in vivo.

In vitro, l'adjonction au sang sulfamidé d'hydroxylamine, d'acide glycuronique et d'acide galacturonique *augmente également* le pouvoir peroxydasique.

In vivo chez nos donneurs pour cataphylacto-transfusion, nous avons constaté une augmentation considérable du pouvoir peroxydasique à la suite d'injections de 10 unités cliniques d'insuline associées à l'absorption de glucose et de sucre du commerce.

Bien mieux, lorsqu'un fléchissement du pouvoir hémo-bactéricide se produit chez le donneur pour cataphylacto-transfusion à la suite de l'ingestion de sulfamides, les injections sous-cutanées d'insuline et d'acide glycuronique associées à l'absorption de glucose font remonter le pouvoir hémo-bactéricide.

Par contre, il semble que l'hydrogène non activé joue un rôle nocif concernant l'action des sulfamides.

Dès 1940, nous avons assigné aux molécules adjointes à celles des Trefouel, Nitti, Bovet, un rôle de transporteurs d'hydrogène favorisant l'action colligitive et catalytique des corps organo-soufrés : « On peut activer, disions-nous, cette qualité de catalyseur en adjoignant à certains sulfamides un transporteur d'hydrogène, par exemple une pyridine (Dagénan), qui favorise la souplesse des réactions. »

En effet, Jensen et Schmidt ont précisé expérimentalement que l'*hydrogénation du cycle* amoindrit considérablement l'effet bactériostatique du sulfamide. Ces faits confirment notre manière de voir sur le rôle de *transporteurs d'hydrogène* que nous avons assigné aux groupements pyrazoliques, thiazoliques et thiodiazoliques associés aux sulfamides.

Cette action se manifeste par ouverture de leurs doubles liaisons et hydrogénation temporaire de la valence ainsi libre.

D'autre part, l'opinion que nous défendions depuis 1939, à savoir la nécessité d'augmenter le pouvoir peroxydasique du sang pour activer l'utilisation des sulfamides par ce tissu (36), vient d'être confirmée par les expériences de Verne, Ménégaux et Durel (35) sur l'action inhibitrice des sulfamides sur les cultures des tissus :

1° « L'action bactériostatique de sulfamides ne se manifeste qu'en milieu *légèrement aérobie;* elle est si nette que le tissu continue à pousser comme si la culture n'avait pas été infectée (au streptocoque).

2° « *L'oxydation directe du sulfamide* (par MnO^2K ou H^2O^2) favorise son action bactériostatique même en l'absence de milieu largement aérobie.

« Il semble donc bien que le *rôle favorisant l'oxydation des sulfamides* dans la bactériostase soit évident (*g*). »

CONCLUSIONS

Nous avons été les premiers à réaliser l'analyse expérimentale du mode d'action des sulfamides grâce à des procédés originaux d'étude des moyens de défense de l'organisme — pouvoir hémobactéricide pouvoir antitryptique et pouvoir peroxydasique — d'une part *in vivo* et d'autre part *in vitro* sur du sang isolé de l'organisme.

I. — Voici tout d'abord nos constatations :

1° L'ingestion ou l'injection de sulfamide entraîne une *augmentation mesurable et progressive du pouvoir hémobactéricide* du receveur. Cette augmentation se poursuit *in vitro*, sur le sang stabilisé du sujet conservé à la température du laboratoire.

2° Si l'on associe aux sulfamides *des vaccins*, on voit augmenter davantage encore les pouvoirs hémo-bactéricide, antitryptique et peroxydasique.

3° Cette action s'exalte encore à la suite d'injections simulanées *d'insuline et d'acide glycuronique*.

---

après absorption buccale montrent que ces produits peuvent être intéressants. (Cavallini et Saccorrello, Milan, *Glucosidi sulfamidici Chivia e Industria* (décembre 1942), 24-425-6.)

(*f*) Loiseleur vient de mettre en évidence les états successifs d'oxyde réduction dans les milieux soumis à l'action des rayons X. Il constate que l'irridiation entraîne des *actions peroxydasiques* exigeant l'intervention de l'oxygène dissous à l'état libre et l'activation directe de cet oxygène par le rayonnement au contact même de la molécule qui va jouer le rôle d'accepteur. Ce n'est que plus tard que la présence et l'activation de l'hydrogène apparaissent.

Loiseleur, *Mise en évidence des états successifs d'oxydo-réduction dans les milieux soumis à l'action des rayons X.* (*Bulletin de la Société de Chimie biologique*, tome XXV, janvier-mars, 1943, N° 1-3, pages 22 à 30.)

(*g*) Traitement local des plaies infectées par des poudres de sulfamides et p l'eau oxygénée. Schneider, Neward, Beth, *Am. J. Med. Sci.*, Fév. 1941, 201, 208 1 Bons résultats obtenus en cas de plaies infectées (strephémolyticus et stap aureus-hémolyticus) guérison complète de l'ostéomyélite concomitante.

4° Ces constatations nous ont permis de *préparer des donneurs* en vue de la lutte contre les septicémies par *cataphylacto-transfusion*. Les résultats ainsi obtenus se sont montrés supérieurs à ceux obtenus avec toutes les autres méthodes.

II. — Sur ces données, comment peut-on expliquer l'action antiinfectieuse des sulfamides ?

Ce qui caractérise la molécule sulfamide, ce sont ses deux pôles NH^2 et SO^2NH^2.

Le pôle NH^2 est doué de propriétés de liaison, de combinaison, que nous appelons colligitives (de *colligere:* lier avec).

Le pôle SO^2NH^2 est doué de propriétés *catalytiques*.

Ces propriétés physico-chimiques interviennent, à notre avis, de manière quasi spécifique dans les diverses activités antiinfectieuses du sulfamide :

1° Activité bactériostatique et bactéricide ;

2° Activité immunisante non spécifique et spécifique ;

3° Activité de mordançage des germes, facilitant leur attaque par l'organisme.

Activité bactériostatique et bactéricide :

Le pôle HN^2 luxe le pôle NH^2 de l'acide paraaminobenzoïque (P.A.B.), unité biotique nécessaire au développement et à la croissance des microbes (vitamine de croissance de la bactérie de Wood et Fildes) : la paraaminosulfamide (P.A.S.) prend ainsi la place de l'acide P.A.B. : le microbe est inhibé pour un certain temps dans sa croissance.

De plus, le pôle SO^2 NH^2, grâce à ses propriétés catalytiques négatives, arrête le développement du germe par *coupure* des réactions indispensables à la croissance microbienne. (Voir Jeanneney et Castanet, Préparation immuno-chimique des donneurs, *Ac. de Méd.*, Avril 1938).

Action immunisante:

Le pôle NH^2, par son action colligitive, vient se souder au pourtour de la molécule protidique (plasmatique et tissulaire) et y détermine l'apparition d'azoprotéides, corps dont Landsteiner a mis en évidence le rôle primordial dans l'immunité où ils agissent comme de véritables antigènes.

En même temps, le pôle SO^2 NH^2, agissant sur le microbe comme *catalyseur positif*, y effectue à ce titre une *synthèse* avec les polyhosides de la coque microbienne d'une part et les haptènes tissulaires d'autre part, aboutissant à la formation *d'anticorps*. Nous l'avons démontré dès 1938 (Académie de Médecine).

Fait curieux, cette action immunisante est loin d'être constante. Bien au contraire, elle varie suivant le sujet et vraisemblablement suivant la teneur en protéides (acides aminés en particulier). Ainsi l'on voit apparaître chez certains sujets de véritables azoprotéides antisulfamidiques défavorables, alors que chez d'autres se créent, au contraire, des complexes exaltant le pouvoir anti-infectieux du sulfamide. Cette différence, *essentiellement liée à la constitution chimique du terrain* explique, à notre avis, certains échecs qualifiés de sulfamido-résistance; elle montre encore pourquoi il existe de bons et de mauvais donneurs pour cataphylacto-transfusion, et pourquoi enfin certains sujets, privés d'haptènes défensifs, se laissent plus facilement terrasser par l'infection; opinion que nous résumions par les formules : « ne fait pas une septicémie qui veut », « n'est pas bon donneur qui veut », « n'utilise pas au mieux les sulfamides qui veut », qui résument, une fois de plus, toute l'*importance du terrain.*

Action de mordançage sur la capsule microbienne :

Nous avons, les premiers, établi (*Paris-Médical*) que le diazoïque par ses radicaux $COOH/NH^2SO^2$, couramment utilisés dans l'industrie des teintures comme mordants, agit sur la capsule microbienne et, par une action de mordançage et de salification, permet son attaque par les colorants chimiques d'une part, les leucocytes d'autre part. Cette action a d'ailleurs été soulignée ultérieurement par de nombreux auteurs.

III. — Par quel mécanisme biologique s'effectuent ces phénomènes colligitifs et catalytiques si caractéristiques ?

Le même mécanisme qui permet à la molécule de *respirer* lui permet sans doute d'utiliser la molécule sulfamidique. Ce sont les déplacements successifs de l'hydrogène et de l'oxygène, rendus mobilisables par activation qui vont réaliser les synthèses indispensables à la vie et à la défense de l'organisme.

Ainsi, à la *réduction* du diazoïque succède *l'oxydation* de l'amine, première étape de la constitution de *l'azo-protéide*. De même, on retrouve dans l'évolution du pôle SO^2NH^2, toute une cascade de groupements à fonctions acide SO^3H — SO^2H — SOH — SO^2 que l'on considère comme indispensables à la *respiration cellulaire :* respiration et défense marchent donc de pair, semble-t-il.

L'étude du *pouvoir peroxydasique* confirme cette donnée puisqu'elle nous a permis de constater le rôle favorisant de l'*oxydation* sur l'exaltation du pouvoir hémo-bactéricide. Enfin, nous avons montré que *in vivo* comme *in vitro*, et Verne, Ménégaux et Dinel ont établi également qu'au cours de la culture de tissus ensemencés de streptocoque et de sulfamide, *le pouvoir antiinfectieux du corps organo-soufré est exalté par l'oxydation.*

Un procédé nouveau d'analyse biochimique est né de nos expériences, la *biochimie mésorhématique.* Cette analyse, poursuivie dans le sang *in vivo* et *in vitro* met en évidence le rôle du potentiel d'oxydo-réduction du tissu sanguin, est celui des transporteurs d'O et d'H représentés par les ferments des globules rouges, des globules blancs et de la molécule plasmatique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Wood. — *Brit. Journ. exp. Pathol.*, 1940, 21, 74.
2. Fildes. — *Lancet*, 1940, 232, 955.
3. Kuhn. — *Die Chemy*, 1932, 55, 1.
4. Jensen et Schmith. — *Zeitechr für Immunitoizfurch*, 1942, 102, 263.
5. Jeanneney et Castanet. — Préparation immuno-chimique pour les cataphylacto-transfusion. Académie de Médecine, 18 avril 1938. *Le Monde Médical*, 49e année, n° 944, 1939.
5. Jeanneney et Castanet. — Mécanisme anti-infectieux des colorants (phénomènes de Mordançage et de calcification). *Paris-Médical*, n° 23, 10 juin 1939, p. 489-492.
5. Jeanneney et Castanet. — Action des corps azoïques sur le pouvoir hémo-bactéricides in vivo et in vitro. — Leur mécanisme anti-infectieux. *Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, n° 4, 28 janvier 1939.
   Jeanneney et Castanet. — De la valeur pronostic du pouvoir hémo-bactéricide et des indications thérapeutiques que l'on en peut tirer. — *Revue d'Immunologie*, septembre 1938, pages 432-458.
   Jeanneney et Castanet. — Sélection des donneurs en vue de l'immunotransfusion. Académie de Médecine du 28 juin 1938.
6. Eagle et Vickers. — *J. Biol. Chim.*, 1936, 114, 193.
7. Landsteiner et Van der Scheer. — *J. Exp. Méd.*, 1927, 45, 1045.
8. Gœbel et Avery. — *J. Exp. Méd.*, 1931, 54, 431 et 437.
9. Avery et Bubos. — *Sciences*, 1930, 70, 151.
   Bubos. — *J. Exp. Méd.*, 1932, 55, 377.
   Tillet, Gœbel et Avery. — *J. Exp. Méd.*, 1930, 52, 895.
10. Goochner, Dubos et Avery. — *J. Exp. Méd.*, 1932, 55, 393.
11. Heidelberger et Gœbel. — *J. Biol. Chem.*, 1927, 74, 613.
12. Dujarric de la Rivière et Kossovitz. — Antigènes. Hetéro-antigènes et haptènes. Baillères et Fils, 1937, page 79.
13. Jeanneney et Castanet. — Les bases de l'immuno-transfusion. *Gazette des Hôpitaux*, 4 et 11 avril 1936.
    Jeanneney, Castanet et Cator. — Sur une méthode simplifiée de mesure du pouvoir hémo-bactéricide. *Bull. de l'Académie de Médecine* 102e année, 3e T., 119, n° 14, pp. 345, 398.
    Jeanneney, Castanet et Cator. — Nouvelle méthode de mesure du pouvoir hémo-bactéricide. Ses applications pratiques. *La Presse Médicale*, 31 août 1938, n° 70. Pp. a. 1305, 1308.
14. Jeanneney, Castanet et Cator. — Augmentation du pouvoir hémo-bactéricide sous l'influence des corps azoïques. Société de Biol., 6 avril 1938.
15. Jeanneney, Castanet et Cator. — Cataphylacto-transfusion chimique et Vaccination *in vitro*. Soc. de Biol., juillet 1938.
16. Nitti, Tabonne et Rousset. — Comportement des acides aminés vis-à-vis du para-amino-phényl-sulfamide. Leur rôle probable dans le mécanisme de l'action antisulfamide. Association des Microbiologistes de langue française, 2 décembre 1943.
17. J. Tabonne, F. Nitti et M. Mousset. — Etudes sur le pouvoir anti-sulfamide. Essais de fractionnement des Peptones. Multiplicité des facteurs antisulfamides des Associations des Microbiologistes de langue françai-e, 2 décembre 1943.
17. Jeanneney et Castanet. — La cataphylactotransfusion en pratique médicale. *Le Sud Médical et Chirurgical*, 31 janvier 1944.
18. Morisson (D. c.). — 1927 The catalytic action of Traces of iron and copper on the anaérobie oxydation of sulphydryl compounds. *Biochem.-Journ.*, 21-1335.
    Morisson (D. c.). — 1937 The auto-catalytic oxydation of sulphydryl compounds. *Biochem.-Journ.*, 21-1405.
    Morisson et Quartel. — 1928 The réduction potential of cystéines. *Biochem.-Journ.*, 22-683.
19. Binet et Weller. — Le glutathion. Paris 1937, Hermann et Cie.
    Binet et Weller. — Traité de physiologie normale et pathologique. de Roger et Binet, Tome XII, supplément pages 32 à 68. Masson, 1940.
20. Jeanneney et Castanet. — Les sulfamides considérées comme catalyseurs. *Bulletin Académie de Médecine*, 19 novembre 1940, tome 123. nos 42, 43, 44 et 45, p. 781.
21. Mellon (R. D.). — Mécanisme d'action des composés sulfones amidés. *Europe Médical*, n° 3, 25 mai 1939.
22. Moureu et Dufraisse. — 1922 Sur l'autoxydation. Les antioxygènes CR, AC, SC, 174-258.
23. Moureu et Dufraisse. — 1922 Sur l'autoxydation, le pouvoir anti-oxygène. Phénomènes divers se rapportant à l'action antioxygène. CR, AC, SC, 175-127.
    Moureu et Dufraisse. — 1926 Considérations sur l'autoxydation et les phénomènes catalytiques qui s'y rattachent. Deuxième Congrès de Chimie, 1925, 524.
    Perrin (Fr.). — 1927 La désactivation induite des molécules et la théorie des antioxygènes. CR, AC, SC, 184 et 1121.
24. R. Wurmser. — Oxydations et Réductions. *Les Presses Universitaires de France*, 1930.

25. ROGER-BINET. — Introduction au supplément, tome XIII. *Traité de Physiologie normale et Pathologique*. ROGER-BINET, Masson et Cie.
26. R. L. MAYER. — Recherches sur le mécanisme de l'action antistreptococcique des phénylsulfamidées. *Biologie Médicale*, volume XXVII, 35e année, supplément 1937, page 74.
27. THUNBERG. — Sur le rôle de l'hydrogène actif et sur celui de l'eau dans les phénomènes d'oxydation biologique. *Bull. Soc. de Chimie Biologique* 21, nos 7-8 juillet-août 1939, p. 887.
28. O. WARBOURG et W. CHRISTIAN. — *Biochem. Zeits*, 1936, CCLXXXVIII, p. 317.
E. BIGWOOD et J. THOMAS. — Le cytochrome in *Traité de Physiologie normale et Pathologique*. Tome XII, supplément de Roger-Binet, Masson 1940.
E. AUBEL. — Les transporteurs d'oxygène. Hermann et Cie. Paris, 1934.
« Pour les références plus anciennes de WARBOURG-WILLSTATER se rapporter à l'ouvrage de WURMSER déjà cité au n° 24. »
29. POLONOWSKY et JAYLE. — Etude comparative de l'action catalytique des péroxudases végétales et de l'hémoglobine. *Bult. Soc. Chim.-Biol.*, janvier 1939, t. XXI, n° 1.
POLONOWSKY et JAYLE. — Etude spectographique colorimétrique et manométrique de l'action des péroxydes sur l'oxyhémoglobine, existence d'un dérivé d'oxydation supérieur du pigment sanguin. *Butl. Soc. Chim.-Biol.*, janvier 1939, t. XXI, n° 1, p. 48 à 65.
POLONOWSKY et JAYLE. — Peroxydases animales. Leur spécialité et leur rôle biologique. *Bull. Soc. Chim.-Biol.*, t. XXI, n° 1, p. 66-91.
JAYLE. — Sur la constitution, le mécanisme d'action, le rôle biologique des peroxydases et des catalases. *Bull. Soc. Chim.-Biol.*, avril-juin 1941, t. XXIII, n° 4-6.
30. A. SZENT GYORGYI. — *Zeits f. physiot-chem.* 1934, t. CCXXIV, p. 1, 1935, t. CCXXXVI, pages 1, 20, 31, 42, 54, 58, 66, 1936, t. CCXLIV, page 105.
DREILIN. — *Proc, Raz, Soc*, 1925 (B), XCVIII page 311.
Proc, Raz, Soc, 1929, B CIV, page 206.
Nature, 1933, CXXXII, page 783.
Nature, 1934, CXXXIII, page 290.
Broc, Raz, Soc, 1930, B CVI, page 418.
Ve Congrès de Chimie biologique, page 9 du rapport Keil... *Soc. Chim.-Biol.*, Paris 1936, t. XVIII.
31. *Traité de physiologie normale et pathologique* de ROGER et BINET, tome VII. JOLLY : *Physiologie du sang*, page 48 1926, page 49 ... 1934.
LINDERSTROM et LARY. — Les substances protéiques et les enzymes protéolytiques. *Bull. Soc. Chim.-Biol.*, tome XXII, juillet et août 1940, n° 78, p. 339 à 350.
CARREL. — Leucocytie Trephones J. Am. 82, 255, 1924.
CARREL. — Rôle des trepchones leucocytaires, B, 70, 29, 1924.
GRACIM. — La culture des tissus. Masson, 1931.
ABDERHALDEN. — Importance des ferments de défense pour la clinique et l'expérimentation. *Presse Médicale*, Revue des Journaux, 11-14 février 1924, page 8.
32. JEANNENEY et CASTANET. — Sulfamides et Azoïques dans le traitement du cancer. Hypothèses et place de travaux, Soc. Onatomo-clinique de Bordeaux, le 16 janv. 1939 ; *Journal de Médecine de Bordeaux*, avril 1939, p. 394.
33. DOEUVRE. — Dérivés nitrés, nitrohalogènes, nitrosés, nitrosohalogènes ou nitrosonitrés, page 231 à 267 et 243. Un traité de chimie organique des GRIGNAREL, tome IV. Masson, Paris 1936.
34. GEORGET. — Le pouvoir antitryptique du sang. Thèse Bordeaux 1939.
35. VERNE, MENEGAUX et DUREL. — Contribution à l'étude des actions toxiques et bactériostatiques des sulfamides, par la méthode des cultures de tissus. *Presse médicale*, 11 décembre 1943, n° 46, p. 681.
36. JEANNENEY et CASTANET. — La cataphylacto-transfusion en pratique médicale. *Le Sud*.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE ANNUELLE DU 12 DÉCEMBRE 1944

Présidence de M. Georges BROUARDEL, vice-président.

La séance est ouverte en présence de M. René CAPITANT, ministre de l'Education nationale, et de M. François BILLOUX, ministre de la Santé publique.

Allocution de M. Georges BROUARDEL, vice-président.

Rapport général sur les prix décernés en 1944, par M. PAGNIEZ, secrétaire annuel.

Eloge de Claude Bernard, par M. G. ROUSSY, secrétaire général.

Activité de l'Académie pendant la période des restrictions alimentaires, par M. LE NOIR.

Prix décernés en 1944 : PRIX ALVARENGA DE PIAUHY, à Mme le Dr Madeleine Husset-Bierry, d'Avallon. — PRIX AMUSSAT, partagé entre M. le Dr André Germain, de Paris, et M. le médecin-capitaine André Renard, d'Issy-les-Moulineaux. — PRIX DU MARQUIS D'ARGENTEUIL, à M. le Dr Georges Wolfromm, de Paris. — PRIX ARGUT, à M. le Dr Raymond Dupuy, de Paris. — PRIX AUDIFFRED, partagé entre M. le Dr Laporte, de Paris, et M. le Dr Jacques Van der Stegen, de Paris. — PRIX DU BARON BARBIER, partagé entre M. le Dr Jean Royer, de Nancy, et M. le Dr Jean Nick, de Paris. — PRIX BOUCHET-RENAULT, partagé entre Mme Gautier, de Paris, et Mme Brosset, d'Eaubonne. — PRIX CHARLES BOULLARD, attribué à M. Georges Menut, de Clermont-Ferrand. — PRIX BOULONGNE, à M. le Dr Sohier, de Lyon. — PRIX MATHIEU BOURCERET, à Mlle le Dr Hélène Rist, de Paris. — PRIX JULES BRAULT, partagé entre MM. les Drs Giacardy et Turon, de Tarbes ; M. le Dr B. Piguet, de Paris ; M. le Dr Emmanuel Dias, de Rio-de-Janeiro, et M. le Dr Delzant, de Paris. — PRIX BUIGNET, à M. le Dr J. Cheymol, de Paris. — PRIX BURGKLY, à Mlle le Dr Louise Dormignies, de Paris. — PRIX CAILLERET, à M. le Dr Léveillé, de Challans. — PRIX CAPURON, à M. le Dr Quarante, de Coutances. — PRIX CLARENS, à M. le médecin général des Cilleuls et M. le médecin lieutenant-colonel Moynier, de Paris. — PRIX COMBE, à Mme le Dr Léone Salomon-Balssa, de Charenton. — PRIX DEMARLE, à MM. les Drs Lesure et Lavagne, de Paris. — PRIX DESNOS, à M. le Dr de Graciansky, de Paris. — PRIX DESPORTES, partagé entre M. le Dr R. Franquet, de Reims ; M. le Dr Travassos, de Rio-de-Janeiro ; M. le Dr Martinez-Baez, de Mexico ; Mlle le Dr Henrie Magallon-Graineau, de Paris. — PRIX DIEULAFOY, à M. le Dr Fauvert, de Paris. — FONDATION DREYFOUS, destinée à récompenser l'interne en médecine qui a obtenu la médaille d'argent au concours de l'internat. Cette année, ces arrérages sont attribués à M. Gabriel Richet, de Paris. — PRIX GUSTAVE DURANTE, à M. le Dr Pierre Cazal, de Montpellier. — PRIX FOURNIER, partagé entre MM. les Drs Sorel, Lasserre et Salvador, de Toulouse ; M. le Dr Albahary, de Paris ; M. le Dr Mans et Mlle le Dr Odette Pougeoise, d'Amiens. — PRIX ERNEST GAUCHER, à M. le Dr Pierre Vernier, de Versailles. — PRIX ERNEST GODARD, à M. le Dr Ivaldy, de La Ferté-Bernard. — PRIX GUZMAN. Les arrérages de ce prix à M. le Dr Dailheu-Geoffroy, du Mans. — PRIX GUÉRÉTIN, à M. le Dr Lamy, de Paris. — PRIX GUILLAUMET, à M. le Dr Robert Broca, de Montpellier. — PRIX THÉODORE GUINCHARD, à M. le Dr M. Poulain, de Lyon. — PRIX CATHERINE HADOT, partagé entre M. le Dr G. Mazet, de Nice ; M. le Dr Paillasse, de Lyon ; M. le Dr Bareau, de Paris. — PRIX HERPIN (de Genève), à M. le Dr Milliez, de Paris. — FONDATION JANSEN. L'Académie décerne les dix parts à : M. le Dr Swynghedauw, de Lille ; M. le Dr Paul Boquet, de Garches ; M. le Dr Albert Delaunay, de Garches ; M. le Dr Pierre Grabar, de Paris ; M. le Dr Robert Messimy, de Paris ; M. le Dr Chaussé, de Paris ; MM. les Drs Mentzer et Meunier, de Paris ; M. le Dr Michel Bonduelle, de Paris ; M. le Dr Jacques Pochon, de Saint-Cloud ; M. le Dr Alfred Jost, de Paris. — PRIX LÉON LABBÉ, à M. Lucien Léger, de Paris. — PRIX LABORIE, à MM. les Drs Sylvain Blondin et Clande Rouvillois, de Paris. — PRIX LARREY, partagé entre M. le médecin colonel Le Gall, de Paris ; M. le médecin principal Marot, de Montpellier. — FONDATION LAVAL, à M. André Herrault, externe des hôpitaux de Paris. — PRIX LEFÈVRE, à Mme le Dr Claude Pécher, de Paris. — PRIX LEVEAU, à M. le Dr René Wolfromm, de Paris. — PRIX LORQUET, à M. le médecin capitaine Jean Velluz, de Paris. — PRIX MAGITOT, à M. le Dr Rachet, de Paris. — PRIX A.-J. MARTIN, à MM. les Drs Velu, d'Entrains-sur-Nohain, et Guillot, de Paris. — PRIX MERZBACH, à MM. les Drs Jacob et Brocard, de Paris. — PRIX MEYNOT, à M. le Dr Jean Bouché, de Paris. — PRIX MONBINNE, à M. le Dr Luis Mazzoti, de Mexico. — PRIX NATIVELLE, à M. Paris, de Paris. — PRIX ORFILA, à M. André Fabre, de Paris. — PRIX OTTERBOURG, à M. le Dr Pierre Briquel, de Lunéville. — PRIX OULMONT. Ce prix est décerné à l'interne en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'internat (chirurgie). Le prix est décerné à M. René Kuss, de Paris. — PRIX PANNETIER, à M. le Dr Louis Gougerot, de Paris. — PRIX BERTHE PÉAN, à Mlle Marguerite Faure, de Paris. — PRIX PORTAL, à Mlles Tissier et Mélik-Ogandjanoff, de Paris. — PRIX RICAUX (tuberculose), partagé entre M. le Dr J.-S. Avertain, de Plouay ; M. le Dr Pierre Tulou, d'Ecouen. — PRIX ROBIN, à M. Geslin, de Paris. — PRIX ROUSSILHE (dermatologie), à M. le Dr Fernet, de Paris. — PRIX ROUSSILHE (vénéréologie), à M. le Dr Cavaillon, de Paris. — PRIX SABATIER, à M. Rogué, de Châtillon-sous-Bagneux. — PRIX SAINTOUR, à Mme le Dr Henriette Fiessinger, de Paris. — PRIX STANSKI, à Mlle le Dr Lucienne Corne, de Vanves. — PRIX TARNIER, à M. le Dr J. Grislain, de Paris. — PRIX VERNOIS, à M. le médecin lieutenant-colonel M. Hombourger, de Limoges.

RÉCOMPENSES POUR LE SERVICE DE L'HYGIÈNE ET DES MALADIES CONTAGIEUSES. — 1° *Rappel de médaille d'or* : M. le Dr Ginestous (de Bordeaux). — 2° *Rappel de médaille de vermeil* : M. le Dr Poty (de Laval). — 3° *Médaille de vermeil* : M. le Dr Roussel (de Clermont-Ferrand). — 4° *Médailles d'argent* : Mme le Dr Caussé (de Paris); MM. les Drs Duchamps (d'Orléans); Dupierris (de Bourges) ; Faivre (de Tours) ; le médecin inspecteur de Belfort. — 5° *Médailles de bronze* : Mme le Dr Lacombe-Dudevaux (de Tours) ; Mme Desrousseaux de Vandières (de Paris) ; Mlles Kettler et Labrouste (de Paris) ; MM. les Drs Kudelski et Petit (de Paris).

SERVICE DE LA TUBERCULOSE. — 1° *Médailles de vermeil* : Mme la Baronne Lejeune (de Beauvais) ; M. le professeur Leuret (de Bordeaux). — 2° *Médailles d'argent* : M. le professeur Piéchaud (de Bordeaux) ; MM. les Dr Cosse (de Tours) ; Mercier (de Paris) ; Picard (de Vesoul) ; Roux (de Paris) ; M. Pielin (de Nevers). — 3° *Médailles de bronze* : Mmes Borot (de Navilly) ; Courage de Lépine (de Houilles) ; Gernigon (de Renaze) ; Peytou (de Saint-Girons) ; Salzard (de Joinville) ; MM. les Drs Escande (d'Auxerre) ; Estor (de Châlons-sur-Marne) ; Foncaut (de Blois) ; Gillet (de Tanlay) ; Izard (de Toulouse) ; Lesate (de Caen) ; Mallet (de Troyes) ; Olien (de Nice) ; Planas (d'Etoile-sur-Rhône) ; Ringart (de Brévannes) ; Salmon (de Châteaurenard) ; Tubet (de Quimper) ; Vitry (de Paris) ; Vuillaume (de Saint-Michel) ; MM. de Favernay (d'Amiens) ; Mège (de Valence) ; Vergne (d'Epinal).

SERVICE DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — 1° *Médailles d'or* : MM. les Drs Cadenaule (de Bordeaux) ; Lelong (de Paris). — 2° *Rappels de médailles de vermeil* : Mère Isabelle du Saint-Sacrement (de Levallois-Perret) ; Mlle Gros (de Paris) ; MM. les Drs Berthoye (de Lyon) ; Cathala (de Paris) ; Clément (de Paris) ; Onillon (de Nantes). — 3° *Médaille de vermeil* : Mlle Chemineau (de Montreuil-sous-Bois). — 4° *Rappels de médailles d'argent* : Sœur Gabriel (de Paris); Mlle le Dr Pouzin-Malègue (de Nantes) ; Mlles de Fontenay (Geneviève) [de Levallois-Perret] ; Jurieu de la Gravière (Françoise) [de Levallois-Perret] ; Lavocat (de Paris) ; MM. les inspec-

teurs Delattre (de Laon); Dresse (d'Orléans) ; MM. les Drs Berge (de Besançon) ; Raymond Joseph (de Paris) ; Saint-Paul (de Niort). — 5° *Médailles d'argent* : Mmes Barrande (de Paris) ; Lambert (de Paris) ; Mlles Bourgeon (de Paris) ; Duchemin (de Paris) ; Schaeffer (de Montreuil) ; Stévenin (de Paris) ; Bauer (de Paris) ; MM. les professeurs Carrière (de Lille) ; Deherippon (de Lille) ; Turpin (de Paris) ; MM. les Drs Arondel (de Nantes) ; Berton (de Nevers) ; Boquien (de Nantes) ; Boucomont (de Montpellier) ; Cayla (de Rouen) ; Ferru (de Poitiers) ; Fleury (de Rouen) ; Gauchery (de Bourges) ; L'Hirondel (de Caen) ; Lancon (de Bourges) ; Lust (de Bruxelles) ; Porez (de Lille) ; Schappert (de Paris) ; Vieilledent (de Lille) ; MM. Figon (de Paris) ; Jouany (de Toulouse). — 6° *Rappels de médailles de bronze* : Mlles Baron (de Paris) ; Boussand (de Paris) ; Siat (de Paris) ; Vilain (de Paris) ; MM. les Drs Charousset (de Paris) ; Rossier (de Paris) ; M. Gouyrie, de Valence. — 7° *Médailles de bronze* : Sœur Jean Gabriel (de Paris) ; Sœur Marie-Louise (de Paris) ; Mme le professeur Belugou (de Paris) ; Mmes d'Aillières (de Levallois-Perret) ; Collober (de Paris) ; Defasque (de Paris) ; Houille (de Paris) ; Monpelas de Dax (de Paris) ; Ollivier (de Paris) ; Paul (de Paris) ; Petit (de Montreuil) ; Roques (de Paris) ; Turpin (de Paris) ; Mlle le Dr Liégeois (de Lille) ; Mlles Aubril (de Montreuil) ; Audouard (de Paris) ; Aupest (de Saint-Maur) ; Cheyroux, Deloye (de Paris) ; Dostat (de Paris) ; Hermant (de Paris) ; d'Hérouville (de Levallois-Perret) ; Ménard (de Paris) ; Mouton (de Paris) ; d'Oosthove (de Levallois-Perret) ; MM. les Drs Besson (de Champigny) ; Gervois (de Lille) ; Maurellet (de Champigny) ; Saison (de Paris) ; Thierry (de Paris) ; MM. Allard (de Paris) ; Chauliac (de Paris) ; Cormier (de Saint-Maur) ; Houdinière (de Joinville-le-Pont) ; Penche (de Villefranche-sur-Saône) ; Terrier (de Paris).

Service des eaux minérales. — 1° *Médailles d'or* : MM. Jacques Bardet (de Paris) ; Boucomont (de Royat) ; Douady (du Sanatorium des Etudiants); Estradère (de Bagnères-de-Luchon). — 2° *Médailles de vermeil* : MM. Ainé (de Châtel-Guyon) ; Caujolle (de Toulouse) ; Goenlinger (de Châtel-Guyon); Marcotte (de Vittel) ; Pierre Urbain (de Paris). — 3° *Médailles d'argent* : MM. Baumgartner (d'Aix-les-Bains) ; de Traverse (de Paris). — 4° *Médailles de bronze* : Mme Chauvineau et Mme Figon (de Paris).

Service de la vaccine. — *I. Vaccination antivariolique.* — L'Académie accorde pour le service de la vaccination antivariolique en 1943. — 1° *Médailles de vermeil* : MM. les Drs Cambessedes (Henri), de Paris ; Gastinel (Pierre), de Paris ; Reilly (James), de Paris. — 2° *Rappel de médaille d'argent* : M. le Dr Besson (Albert), de Paris. — 3° *Médaille d'argent* : M. le Dr Boyer (Jean), de Paris. — 4° *Médailles de bronze* : MM. les Drs Boyer (André), de Moissac ; Glad, de Montauban ; Guerrero (Fern.), de Montauban ; Lauzerain, de Crisolles ; Malbreil (Jean-Paul), de Montauban ; MM. Dhios (Léon), de Paris ; Serre (Gaston), de Paris.

II. Vaccination antidiphtérique. — L'Académie accorde pour le service de la vaccination antidiphtérique en 1943. — 1° *Rappel de médailles de vermeil* : MM. les Drs Basse (Henry), de Chartres ; Richou (Rémy), de Garches ; Sohier (R.), de Lyon. — 2° *Médaille de vermeil* : M. le Dr Giraud (Paul), de Paris. — 3° *Rappel de médailles d'argent* : Mme Gdanieck (Maria), de Garches ; MM. Lanon (Pierre), de Garches ; Gdanieck (Jean), de Garches. — 4° *Médailles d'argent* : Mme le Dr Dauvé (Simone), de Chartres ; Mlle le Dr Mélik-Ogandjanoff (Tamara), de Paris ; Mlle Besson (Thérèse), de Montgeron ; MM. les Drs Fasquelle (Robert), de Paris ; Gauthier (Robert), de Paris ; Guyot (Louis), de Paris ; Joffroy, de Lagny ; Marchetti (L.), de Lyon ; Poulin (R.), de Lyon ; Renard, de Paris ; M. Lobry, de Paris.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 novembre 1944.

Traitement de la syphilis par les arsenones. — M. P. Durel. — Les arsénones ou arsénoxydes s'éliminent plus vite que le 914. Leur posologie en hydro-amino-phényl-dichlorarsine est de 0 gr. 12 chaque jour, 15 jours durant. Injections devant être poussées vite. L'intérêt de cette dichlorarsine est de réduire de plus de moitié l'hospitalisation des syphilis récentes.

Ostéose parathyroïdienne. Glaucome aigu post-opératoire. — MM. J. Decourt, Favory et Gorin. — Ostéose parathyroïdienne peu évoluée dont le diagnostic fut établi par la présence d'un adénome parathyroïdien palpable et d'un syndrome biologique typique. L'ablation de l'adénome fut suivie d'une phase d'insuffisance parathyroïdienne avec hypocalcémie et signes de tétanie latente. Apparut alors un glaucome aigu. Relations possibles du glaucome avec l'insuffisance parathyroïdienne.

SOCIETE DE PEDIATRIE

Séance du 21 novembre 1944.

Un cas d'atrophie cérébrale. — MM. Heuyer, Feld et Mme Dauphin présentent une enfant de 10 ans atteinte de crises convulsives, de déficit intellectuel et d'hémiparésie droite chez laquelle des encéphalographies par voie lombaire ont mis en évidence une atrophie corticale des plus nettes.

Idiotie avec amaurose par cataracte congénitale. — M. Heuyer et Mme Dauphin présentent un nourrisson atteint d'idiotie complète et d'une double cataracte en voie de régression à la suite d'une intervention chirurgicale. Ce cas diffère de la maladie de Tay-Sachs par l'absence de lésions du fond d'œil et de caractère familial, bien qu'il s'agisse d'une famille lourdement tarée. Il n'y a par ailleurs aucun signe somatique chez ce nourrisson, dont la morphologie est absolument normale.

Anémie aiguë hémolytique avec ictère et hémoglobinurie chez un nourrisson. — MM. Lelong, Joseph, Mlle Baudry et M. Mantoux ont observé chez un nourrisson de 18 mois jusque là en parfait état une crise brusque d'anémie aiguë (650.000 éléments) avec ictère, hémoglobinurie et fièvre qui a guéri par la transfusion. Ils écartent diverses hypothèses dont celles du favisme et de l'hémoglobinurie paroxystique a frigore pour admettre qu'il s'agissait de la première manifestation d'une maladie hémolytique congénitale.

Méningite à staphylocoques dorés au cours d'une septicémie. Sulfamidothérapie. Guérison. — MM. Liège et Le Loc'h rapportent l'observation d'un garçon de 15 ans dont la maladie débuta par un syndrome cervico-sciatique avec fièvre élevée et tableau de septicémie. Puis apparaît un syndrome méningé typique. Deux hémocultures donnent un résultat positif au staphylocoque doré que l'on retrouve également en abondance dans le liquide céphalo-rachidien.

Après échec de la thérapeutique par le 2090 RP, on institua un traitement par de fortes doses associées de 2632 RP et de 1162 F qui coïncida rapidement avec la disparition des signes méningés et l'amélioration de l'état général. Toutefois, il apparut pendant ce traitement même une arthrite de la hanche.

Les auteurs signalent l'intérêt de ce cas de guérison dans une maladie où la mortalité avoisine habituellement 70 %.

SOCIETE FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE

Séance du 15 octobre 1944

La zone silencieuse supra-minimale, signe du rétrécissement aortique et des rétrécissements artériels en général. — MM. C. Lian et A. Giraud. — En sphygmomanométrie auscultatoire, Gallavardin et Tixier ont décrit les « trous auscultatoires », constitués par une région silencieuse bordée par deux talus sonores; ce phénomène qui occupe surtout les parties supérieure ou moyenne de la courbe auscultatoire n'a pas de valeur séméiologique précise.

Lian et Geismar ont isolé un groupe de cas où les bruits artériels, perçus au voisinage de la maxima, disparaissent 3 à 6 cm. de Hg au-dessus de la minima oscillométrique et ne réapparaissent plus. Ce signe, qu'ils ont appelé « *la zone silencieuse supra-minimale* », a une grande importance pratique pour le diagnostic du rétrécissement aortique et des rétrécissements artériels en général.

Lorsque ce signe est trouvé chez un porteur d'une insuffisance aortique avec un double souffle, il caractérise l'existence d'un rétrécissement aortique associé et permet d'écarter l'origine syphilitique de l'insuffisance aortique.

Ce signe est rarement observé dans les artérites des membres inférieurs, parce que les bruits artériels y sont rares et les battements oscillométriques faibles ou nuls. Mais il est de règle dans les artérites des membres supérieurs et rend les plus grands services dans leur diagnostic.

Ainsi dans les rétrécissements artériels peu serrés, il existe une zone silencieuse supra-minimale, et dans les rétrécissements artériels serrés la zone silencieuse s'étend vers la maxima qu'elle englobe souvent.

Il est facile de trouver ce signe en mesurant la tension artérielle avec un sphygmomanomètre auscultatoire dont le tuyau de caoutchouc du brassard aboutit à un oscillomètre. Ainsi on mesure la maxima par la méthode auscultatoire et la minima par l'oscillométrie : c'est pour Lian la meilleure technique sphygmomanométrique. Pour qu'une zone silencieuse supra-minimale ait une valeur diagnostique, il faut qu'elle occupe une étendue d'au moins 3 cm. de Hg.

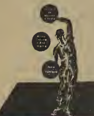
Tachycardie paroxystique revue 16 ans après deux crises d'insuffisance cardiaque. — MM. N. Fiessinger et J. Carlotti. — Tachycardie paroxystique ayant débuté en 1914 à 21 ans. Cette même année syphilis, correctement traitée, sans séquelles. De 1914 à 1928, crises banales durant quelques minutes, ou une heure, cédant spontanément ou par procédés personnels habituels. En mars et mai 1928, deux crises prolongées de 12 jours avec signes d'insuffisance cardiaque grave. En 1940, extrasystoles gênant le malade. L'E. C. G. montre une extrasystolie ventriculaire polymorphe avec tendance au bigéminisme et inversion de T 3. Ses crises persistent au rythme de plusieurs par semaine. En 1942 le malade, polonais, absorbe un litre de vodka. Coma éthylique prolongé. Depuis, disparition définitive des crises. Revu en mars 1944 : l'appareil cardio-vasculaire est normal à l'examen clinique, radioscopique et électrique.

Botulisme. — MM. Mouquin, Macrez et Lafleur présentent deux observations de bolutisme où l'électro-cardiographie systématique a révélé des altérations discrètes des complexes ventriculaires, portant sur l'onde rapide (crocbetage), le segment S T et l'onde T.

Arythmie complète et syndrome de Stokes-Adams. — MM. E. Ledoux et B. Decreux. — Les accidents paroxystiques de la maladie de Stokes-Adams ne sont pas nécessairement en rapport avec une bradycardie par dissociation auriculo-ventriculaire. Ils ont été conservés dans d'autres troubles rythmiques, parmi lesquels l'allongement de l'espace P-R, le block des branches, les bradycardies et bradyarythmies sinusales, les extra-systoles. Mais il est beaucoup plus rare que les accidents nerveux du syndrome de Stokes-Adams surviennent dans l'arythmie complète par fibrillation auriculaire. Les auteurs n'en ont retrouvé, dans la littérature, que quatre cas rapportés par Gallavardin en 1921. Ils en rapportent eux-mêmes deux observations : la première concerne une arythmie complète à forme lente (block total auriculo-ventriculaire), la seconde une arythmie complète avec rythme ventriculaire à 85 et aspect de block de branche du type commun. Dans les deux cas, il existait des accidents syncopaux qui, chez le second malade, entraînèrent la mort.


PANTOPON
ROCHE OPIUM TOTAL
SOMNIFÈNE
ROCHE HYPNOTIQUE
SÉDOBROL
ROCHE TRAITEMENT BROMURÉ
SÉDORMID
ROCHE HYPNOGÈNE
ALLONAL
ROCHE ANALGÉSIQUE
PRODUITS "ROCHE"
10, RUE CRILLON, PARIS


Vitamine P.P.
Vitamine de protection neuro-cutanéo-muqueuse
nicotamide
specia
RÉGIMES DE RESTRICTIONS
ASTHÉNIES · DYSPEPSIES
SYNDROMES PELLAGREUX FRUSTES
APHTES · GASTRITE · CÔLITE
DÉPRESSION MENTALE
ÉRYTHÈMES SOLAIRES
ENGELURES
PYORRHÉE · SÉBORRHÉE
Traitement adjuvant de la sulfamidothérapie et de la radiothérapie
PRÉSENTATION
flacons de 40 comprimés à 0g05
POSOLOGIE
Dose moyenne 0g30 à 0g60 par jour
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS-8e



ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

13 *juin.* — M. Ader. — Du traitement de l'eczéma par les hormones génitales chez la femme.
M. Carlier. — Les acquisitions récentes sur la pathologie des prurits et ses indications thérapeutiques.
Mme Robbes. — Etude de quelques cas d'hypoplasie rénale bilatérale de l'adulte, sans nanisme.
M. Guillain. — Service social et maladies vénériennes.
Mlle Lantenois. — De la stigmatisation.
M. Laroza. — De la sulfamidorésistance.
M. le Roy. — Sulfamidothérapie des otites moyennes aiguës.
Mme Leroy. — Méningites syphilitiques aiguës et stase papillaire.
M. Sévin. — Sur le renforcement de l'action curarisante de la novocaïne et de la spartéine par iodométhylation.
M. Maille. — Etude du rein dans les déviations du rachis.
M. Hamet. — Sur un nouveau sympathicolytique : l'akuammidine de T. A. Henry.
M. Coury. — Les kystes dermoïdes intrathoraciques.
M. Gilles. — Essai d'organisation rationnelle d'un service intensif de radiologie pulmonaire.
M. Joly. — Formes cliniques et pronostic de la pleurésie séro-fibrineuse d'apparence primitive chez l'adulte.
M. Joussaume. — Le seuil tuberculinique au cours de l'infection tuberculeuse de l'homme.
M. Lambert. — D'un élément nouveau dans le pronostic de la tuberculose pulmonaire : la lipase sanguine.
M. Moreau. — Clivage extra-pleural des adhérences de surface sous endocconie.
M. Paillas. — Les ballonements cavitaires.
M. Raimbault. — Les formes récidivantes de la primo-infection tuberculeuse, en particulier chez l'adolescent.
M. Bayet. — Histoire de l'auscultation des signes cardinaux du rétrécissement mitral.
Mme Mollaret. — L'hyperostose frontale interne et ses syndromes.
M. Roumajou. — Un cas d'aphasie après hémiplégie congénitale avec dégénérescence inoculaire associée.
M. Debrousse. — Le tubercule de Bouchut dans la granulie et la méningite tuberculeuse.
M. le Nail. — Les cause de la cécité à l'Institut départemental des Aveugles de la Seine en 1944.
M. Moussier. — La maladie de Besnier Boeck Schaumann.
M. Lenoel. — La myélotomie commissurale.
M. Perrier. — Du tétanos post-opératoire.
M. Tostivint. — De la maladie de Dupuytren.
M. Ceccaldi. — Le nystagmus multiple.
Mme Proficiiet. — Rééducation de la voix après laryngectomie totale.
M. Donias. — Résultats radiologiques et cliniques de 25 gastrectomies pour ulcères.
M. Eudel. — L'aspiration duodénale continue.
M. Lemaire. — Indications et résultats de la résection des diverticules du duodénum.
M. Tanguy. — De la gastrectomie subtotale dans les ulcères haut situés de la petite courbure de l'estomac.
M. Breton. — Quelques réflexions sur l'étude de trois cas de placenta acoreta.
M. Badir. — Notions récentes utiles à la prophylaxie de la syphilis.
M. Chaix. — Remarques sur la lutte contre la poliomyélite.
M. Coudray. — Sur le typhus exanthématique dans le Sud-Algérien.

14 *juin.* — M. Brisset. — Sur le syndrome toxique au cours du typhus exanthématique.
Mme Michel-Loiseau. — De la néphrite hématurique rhumatismale.
M. Heber-Suffrin. — Sur la pathogénie et les indications thérapeutiques des fissures de l'anus.
M. Lamole. — Intérêt diagnostic et pronostic de l'haptoglobinémie dans les tuberculoses chirurgicales.
M. Girault. — Pathologie et hygiène de l'industrie de la fibre de verre.
M. Géron. — Histoire de la médecine légale.
M. Jouve. — Les rémisssions au cours des psychoses discordantes
M. Landes. — Le cancer arsenical professionnel.
M. Ponson. — L'intoxication industrielle par le sélénium.
M. Raoux. — L'ionisation dans le vertige de Menière.
Mme Stépanoff. — Le cancer cutané post-traumatique précoce.
M. Wapler. — Neuropathies chroniques professionnelles d'origine toxique et orientation professionnelle.
M. Teissandier. — L'ossification des côtes et de la colonne vertébrale chez le fœtus humain.
M. Fisilovici. — Le traitement des abcès du poumon par le drainage à minima.
M. Gautier, — De la narcolepsie, la cataplexie, la pycnolepsie et de leurs rapports avec l'épilepsie.
M. Ryckelynck. — L'association chlorure de calcium-hyposulfite de magnésium, médication d'appoint dans le traitement de certains troubles de la maladie de Parkinson post-encéphalitique.
M. Feld. — Les pinéalomes dans la fosse postérieure.
Mme Houdart. — Des angiomes de la moelle.
M. Mazars. — Etude radiographique des tumeurs cérébrales sans procédé de contraste.
M. Cadoret. — Les septicémies para-méningococciques.
M. Chiche. — Décalcification algique par carence alimentaire.
M. Hervault. — Quelques considérations cliniques et thérapeutiques sur les cavernes tuberculeuses de la base.
M. Horeau. — Le double talon. Etude clinique et traitement.
M. Besnard-Ulveling. — Des dysplasies osseuses.
Mme Ivanof. — De la névrose des fibromyomes utérins pendant les suites de couches.
Mlle Lemoine. — Infection puerpérale à la Maternité de l'hôpital Tenon de 1938 à 1942.
M. Vachon. — Des pansements intra-utérins au filtrat streptococcique dans le traitement de l'infection puerpérale.
Mme Wapler. — Etat bucco-dentaire et grossesse.
M. Héraud. — Le nanisme rénal de la première enfance.

15 *juin.* — M. Barbier. — L'épreuve jumelée au rhodanate de sodium et au bleu de Chicago.
M. Palmier. — Des eaux thermales sulfureuses de Bagnols-les-Bains (Lozère).
M. Bonnay. — Lymphosarcome médiastinal de l'adulte.
M. Parent. — Les menstruations décelées par la courbe thermique et les explorations fonctionnelles.
M. Guillon. — De l'endocol utérin et des endocervicites.
M. Hassan Soliman. — Tumeurs gazeuses du cou aérocèles.
Mme Magder. — Du traitement chirurgical de la stérilité chez l'homme.
M. Champagne. — La coqueluche du nourrisson.
M. Marie. — Sur la fréquence des péritonites à pneumocoques au cours des néphroses lipoïdiques.
M. Rouault. — Septicémies torpides des diabétiques.

ANALYSES

La valeur alimentaire du poisson, par M. le Professeur Th. Bondouy (de Tours). *La Médecine*, 25e année, n° du 4 avril 1944.

Dans ce travail très documenté, l'auteur apporte des précisions sur la valeur alimentaire du poisson. Cette valeur est très grande, le public ne l'ignore pas, et si le poisson était plus abondant sur nos marchés, il ne serait certainement pas nécessaire de faire de la propagande pour pousser actuellement à sa consommation.

L'auteur nous donne d'abord la composition chimique des poissons.

Leur teneur en protides varie de 13 p. 100 (anguille de rivière) à 17 et 22 p. 100 (brochet, truite, saumon, sole, hareng frais, alose). Sur ce point elle est très comparable à celle des diverses viandes de boucherie (bœuf, 20,80 p. 100, mouton, 17,10 p. 100). Ces protides sont riches en acides aminés, les mêmes que ceux de la chair des mammifères, et certains d'entre eux sont nécessaires au maintien de la vie et à la croissance (tyrosine, lysine, histidine, arginine, trytophane, cytine). Le sperme des poissons contient les protides les plus simples : les protamines ; les laitances renferment des lécithines, des nucléines, des nucléoprotéides et sont d'excellents aliments phosphorés.

Les substances collagènes des poissons et les bases créatiniques facilitent la digestion, les bases puriques ont des effets stimulants comparables à ceux de la caféine.

Les Lipides et Lécithines des poissons.

Les lipides indispensables à une ration équilibrée se trouvent en quantité notable dans le poisson et surtout dans les huiles de poisson. La graissse de poisson est riche en acides gras non saturés. Elle est très digestible et assimilable.

Les poissons peuvent à ce point de vue être divisés en :

1° *maigres* ou *légers* (carpe, barbeau, brochet, limande, sole, rascasse, grondin); 2° *demi-gras* (truite, mulet, vive, dorade) ; 3° *gras* ou *lourds* (maquereau, thon alose, saumon).

Au point de vue des régimes, Albert Mathieu recommandait aux dyspeptiques les poissons maigres bouillis ou grillés. Roger Glénard admet les poissons maigres, bien frais, dans les régimes des hépatiques. Ajoutons, au point de vue culinaire que les sauces maigres conviennent aux poissons gras et les sauces grasses aux poissons maigres.

Les lécithines (graisses phosphorées des poissons) jouent un rôle important dans la calcification. On les trouve en notable proportion dans les œufs des harengs, de l'esturgeon (caviar), du mulet (boutargue provençale).

La digestibilité des poissons est remarquable. « Grâce à la différence de contexture des tissus, les protides du poisson se digèrent plus vite que ceux de la plupart des viandes. C'est en partie pour cette raison, que beaucoup de gens croient que le poisson n'est pas nourrissant. »

L'auteur cite notamment l'opinion de Solotsoff, Gougeoskyes Kratchenko qui établissent les différences suivantes :

1° le poisson *frais* est plus assimilable que la viande de boucherie ; 2° le poisson *salé* s'assimile comme la viande ; 3° le poisson *fortement salé* et le *poisson sec*, s'assimilent moins bien que la viande.

Les sels minéraux des poissons.

Ils sont très nombreux, mais surtout il faut retenir le phosphore et le potassium, puis le calcium, mais en moindre proportion, et le magnésium.

Ajoutons le cuivre, le fer, le vanadium, l'iode, le zinc, etc.

« Quant au *chlorure de sodium,* les poissons de *mer* en contiennent jusqu'à 4 *grammes pour* 1.000 *grammes* et ce pourcentage atteint 6 % dans le *caviar*, 14 % chez le *hareng saur.* Dans la *morue salée*, la teneur en Na Cl varie avec la provenance (Terre-Neuve, Langa, Ecosse, Islande) et monte à 20 %. Le poisson de *mer* sera donc défendu dans le *Régime déchloruré.* Au contraire, on pourra prescrire les poissons *d'eau douce, pauvres en chlorure de sodium :* le brochet renferme seulement o gr. 48 de Na Cl par kilo. (professeur Rathery : les Régimes chlorurés et déchlorurés.) La *viande de boucherie* est également *pauvre* en Na Cl (o gr. 35 à 1 gr. 13 par kilo), ce qui a permis aux professeurs Achard et Widal d'en faire un des éléments de leurs *Régimes de déchloruration.* Le *lait* est plus chloruré que la viande et que la chair de poissons (Widal et Javal ; Meillère). »

Les vitamines.

« La grande valeur nutritive des poissons de mer est due, non seulement aux protides, aux lipides et aux sels minéraux qu'ils contiennent, mais encore à leur richesse en vitamines. » Carotène, vitamines A, B, vitamine D (antirachitique) se trouvent dans le foie et l'huile de poisson. Dans les rogues de morue a été décelée la vitamine C antiscorbutique (acide ascorbique).

L'auteur en terminant insiste sur la *valeur calorigène du poisson.*

« Elle est évidemment *plus élevée* chez les poissons *gras* que chez les poissons *maigres.* D'après Boas, 100 grammes de *brochet* donnent 62 calories, 100 grammes de *perche* 76 calories, 100 grammes de *saumon* 134 calories. Le chiffre maximum est atteint avec la *morue salée :* 100 grammes fournissent de 383 à 578 calories (selon les origines). L'addition de beurre, d'huile, de sauce mayonnaise, de farine, *augmente* beaucoup le pouvoir calorigène : 50 gr. de beurre dégagent 407 calories (Boas), 100 gr. de farine de blé 360 calories (J.-C. Roux), un œuf 80 calories (Boas). Rappelons que 100 gr. de viande de *veau* donnent 101 calories ; de *bœuf*, de 92 à 130 calories ; de *mouton*, 135 calories ; de *porc* de 223 à 239 calories. »

Le poisson dans l'alimentation des enfants.

L'auteur insiste avec raison sur cette question si importante à l'heure actuelle.

« Marfan, écrit-il, donnait, tous les trois jours, un peu de *viande* ou de *poisson*, du 18e au 20e mois, et seulement si l'enfant a 12 dents. Pour E. Lesné, « on peut voir dans l'évolution dentaire du nourrisson un véritable miroir de ses besoins alimentaires et les étapes du sevrage peuvent être basées sur les étapes de l'apparition des dents ». Il préconise du 15e au 16e mois, un jour sur deux, au repas du midi, pour alterner avec l'œuf, 20 grammes à 40 grammes de viande, sans sauce, ou de *poisson maigre.* A *deux ans*, ce repas comportera *tous les jours*, de la *viande* ou du *poisson.* Les *poissons gras*, à commencer par la *sardine*, riche en *vitamines* A *et* D *et très digestible*, ne seront utilisés qu'*après* 4 *ans.*

» En résumé, la chair, les œufs, les laitances et les lipides du poisson apporteront à l'enfant de précieux *facteurs de croissance : vitamines* A *et* B ; *sels minéraux*, P, K, Ca, Mg (René Mathieu) ; *acides aminés* et *lécithines.* Il semble que les *lécithines*, comme les autres combinaisons *organiques* du *phosphore*, soient beaucoup mieux fixées par l'organisme que le *phosphate de calcium*, aussi bien pendant la période de l'ostéogénèse chez l'enfant, que chez l'adulte pour la régénération du tissu osseux. »

L. G.

Sur un produit de remplacement du chocolat. — M. P. Souchay, ingénieur chimiste, assistant à la Faculté des sciences. *Gazette Médicale de France*, 2e numéro de mai 1944. T. 51. N° 10.

Le bâton chocolaté qui vient de succéder au chocolat a-t-il des qualités nutritives sensiblement égales à l'aliment qu'il doit remplacer ? L'étude de M. Souchay semble le prouver. Les protides sont en quantité sensiblement égales dans les deux cas. La proportion des matières grasses contenues dans le bâton chocolaté est bien inférieure à celle du chocolat, mais ces matières grasses sont entièrement assimilables. La déficience en graisse est d'ailleurs compensée par une plus forte proportion de glucides (83 contre 60 pour le chocolat) et elles sont parfaitement digestes. D'autre part, le pouvoir calorifique du bâton chocolaté est important : un bâton de 25 gr. de produit de remplacement dégage en effet 90 calories ; un bâton de chocolat de même poids en dégage 125-135. Il a un pouvoir énergétique élevé, une composition équilibrée, la consistance et l'arôme du chocolat, mais il manque des substances minérales, de phosphore et de vitamines. Tel quel il peut permettre à l'organisme de soutenir un effort physique. A ce titre il paraît également intéressant.

INFORMATIONS

(Suite de la page 2)

2° Ils demandent que les conditions (réglementaires et administratives), nécessaires à la reconstitution de ces syndicats, soient rapidement réalisées par les pouvoirs publics responsables ;

3° Ils expriment leur intention formelle, aussitôt après la reconstitution de ces syndicats, de les fusionner en un organisme syndical unique dans le plus bref délai ;

4° Ils affirment leur intention de participer plus activement encore que par le passé à l'organisation sociale de la médecine, dans le but d'apporter leur concours à l'amélioration de la santé publique et à la rénovation du pays. »

Vœu émanant d'un groupe de médecins et étudiants en médecine au sujet de l'avortement

« Trois cents médecins et étudiants en médecine, réunis le 6 décembre 1944 à la conférence Laennec,

Après avoir étudié les problèmes soulevés par le fléau social de l'avortement ;

Conscients des lourds devoirs personnels et collectifs que les médecins assument dans ce domaine ;

Pleinement décidés à jouer un rôle actif par l'aide et les conseils qu'ils donneront aux avortées, par la lutte qu'ils entreprendront contre les avorteurs,

Réclament des pouvoirs publics une répression plus énergique et plus soutenue par l'application des lois existantes ;

Prient les magistrats de ne pas considérer seulement les tristes circonstances qui peuvent excuser le geste des avortées, mais de condamner la lourde faute des avorteurs ;

S'adressent à toutes les élites de tous les milieux et de toutes les classes et les incitent à promouvoir une politique généreuse et ardente, où chaque individu participant à la vie du pays par la vie même de sa famille voudra voir disparaître un état de mœurs caractérisé par la lâcheté et l'égoïsme devant l'éclosion de la vie. »

Nécrologie

— Le comte Jules Emily, médecin général inspecteur des troupes coloniales, grand officier de la Légion d'honneur, vient de mourir à Paris, à l'âge de 78 ans.

Le Dr Emily était le dernier officier survivant de la mission Marchand qui, de 1896 à 1899, relia le Congo au Nil et se termina à Fachoda.

Il était membre de l'Académie des sciences coloniales.

— M. Jean-Louis May, externe des hôpitaux de Paris, engagé volontaire, médecin auxiliaire tombé pour la France le 19 novembre 1944, à l'âge de 21 ans.

Il était le fils du Dr Etienne May, médecin de l'hôpital Tenon.

— Le médecin sous-lieutenant Jean Deniker, croix de guerre 1944, division Leclerc, tombé pour la France le 6 novembre, à l'âge de 23 ans.

Bernard CUNEO (1873-1944)

La chirurgie française est à nouveau en deuil. Le professeur Cunéo disparaît quelques semaines après le professeur Gosset.

Il semble que ces deux hommes, venus des extrémités opposées de la France, Normandie et Provence, aient eu leurs destinées liées l'une à l'autre.

Rendant compte dans ce même journal, le 20 mars 1920, de leurs leçons inaugurales faites le même jour, à une heure d'intervalle, dans le même amphithéâtre, Brochin écrivait : « Nommés par un même décret, l'un à la chaire d'anatomie topographique, l'autre à la chaire de pathologie chirurgicale, ces deux jeunes professeurs ont parcouru ensemble la carrière des concours, ont été nommés en même temps internes, prosecteurs, chefs de clinique, chirurgiens des hôpitaux, agrégés, professeurs »...

Cunéo, quittant Toulon, où son père exerçait la plus haute charge de la médecine navale, vient à Paris faire ses études de médecine. Il est reçu, en 1895, le premier à l'internat devant Imbert, Eug. Terrien, Nobécourt, Ombrédanne, Lesné, Léon Bernard, Sicard. Il a successivement comme maîtres : Le Dentu, Hartmann, Tillaux, Nélaton, Poirier, Terrier. C'est à cette époque qu'il forme, avec Gosset, major d'internat de la promotion 1894, et avec Brin, cette belle conférence publique d'internat de la Charité, qui eut comme élèves Pierre Duval, Grégoire, Alglave, et tant d'autres. C'est là que je l'ai connu. Il était un conférencier admirable. Doué d'une mémoire puissante, d'une clarté d'exposition inimitable, il rendait attachantes les questions d'anatomie les plus ardues. On écoutait religieusement cette voix douce, un peu faible, que relevait la pointe d'accent du pays du soleil, juste suffisante pour lui donner une suprême élégance.

Avec de tels dons, Cunéo, sous une apparente nonchalance, était un grand travailleur. Il devait aller loin, et rapidement.

C'est l'anatomie qui le retient tout d'abord : l'adjuvat, le prosectorat, puis l'agrégation d'anatomie, en 1901. Prosecteur en même temps que Gosset, c'est avec lui, comme il l'a raconté, qu'il s'enfermait le dimanche dans une salle de dissection. Seuls avec les cadavres, ils faisaient à l'aise de belles préparations anatomiques. Cunéo devint l'élève préféré de Poirier, auquel il voua une profonde affection, l'assistant jusqu'à la fin dans la terrible maladie qui l'emporta.

Pendant son prosectorat, Cunéo publia l'anatomie des nerfs craniens, et une étude sur les lymphatiques. Sa thèse inaugurale sur l'envahissement des lymphatiques dans le cancer de l'estomac est restée classique et a servi de base à la technique des gastrectomies pour cancer.

Ses beaux travaux d'anatomie le désignèrent pour la chaire d'anatomie topographique, créée en 1920. On en était encore à cette époque aux ouvrages classiques, mais sommaires et vieillis, de Tillaux et Ch. Richet. Cunéo voit l'anatomie topographique comme une anatomie chirurgicale : elle doit s'étendre aux viscères comme aux membres.

Ses connaissances chirurgicales lui permettent d'aborder sans crainte un tel programme. Chirurgien des hôpitaux en 1903, il est placé en 1911 et, rapidement, son service devient une véritable école de chirurgie. Il sait se faire aimer de tous par son urbanité. Près de lui, dit Sénèque, « on « apprécie son autorité sans autoritarisme, « et la possibilité de servir sans servi« tude ». Il sait s'entourer d'élèves destinés à devenir des maîtres : Huard, Welti, L. Michon, G. Hue, Sylvain Blondin, et parmi ceux qui resteront longtemps ses assistants : Picot, Jacques-Charles Bloch, douloureusement disparu dans la tourmente, et Sénèque qui fut à ses côtés pendant vingt années, pendant dix années à Lariboisière, et autant à l'Hôtel-Dieu dans la chaire de clinique chirurgicale, prise par Cunéo au départ du professeur Hartmann.

Cunéo, de santé toujours délicate, fut en chirurgie un artiste, un dilettante. En ville comme à l'hôpital, il opérait peu, se réservant les cas difficiles : des sutures de tendons, de nerfs, les hystérectomies pour cancer, les exérèses du rectum avec conservation du sphincter. La chirurgie osseuse l'attire et je me souviens des belles reconstructions osseuses par greffe, que j'ai été lui voir pratiquer à la fin de l'autre guerre, dans son beau service de Cannes. Sa connaissance approfondie lui permettait d'évoluer avec une aisance prodigieuse dans le champ opératoire, ce qui ne l'empêchait pas de déployer une extrême délicatesse aux instants difficiles.

Fondateur avec Gosset et Lenormant du « Journal de Chirurgie », Cunéo a peu publié, mais il prenait une part très active aux travaux de la Société de Chirurgie. Il y a peu de discussions importantes qui ne soient marquées d'une de ses interventions, toujours brèves, mais remplies de cette sûreté de jugement, de cet esprit critique que recouvrait une charmante bonhomie.

Le nom de Cunéo était respecté dans le monde entier, aussi fut-il souvent invité par des universités étrangères.

Cunéo ne se dérobait jamais à ce qu'il considérait comme un devoir. Il n'hésitait pas, alors, à sacrifier ses vacances dans la charmante île de Porquerolles où, depuis sa jeunesse, il passait tous ses étés. C'est ainsi qu'après l'autre guerre il alla, en avion, avec son élève Reinburg, faire une tournée de conférences dans la République de l'Equateur, montrant un entrain et une endurance extraordinaire, soulevant par l'éclat de ses conférences une admiration dont bénéficiait la France.

La disparition de Cunéo laisse un grand vide et de profonds regrets chez tous ceux qui l'ont approché et qui l'ont aimé. Que Mme Cunéo et la famille de notre regretté collègue veuillent bien trouver ici l'expression de notre respectueuse et bien douloureuse sympathie.

M. LANCE.

Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe) Dépôt légal. — 1945. — 1er Trimestre. — N° 1. — Le Gérant : F. Le Sourd

N° 2. — 15 JANVIER 1945 118e ANNÉE Ce numéro : 4 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 100 fr. Etudiants, 50 fr. ; Etranger, 150 et 180 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Santé publique

Conseil supérieur des médecins. — Par arrêté du 8 janvier 1945, sont nommés membres du Conseil supérieur des médecins :

MM. les docteurs :
Barange, 121, cours Tolstoï, Villeurbanne.
Beauchant, 15 bis, rue Alsace-Lorraine, Poitiers (Vienne).
Bourde, 8, boulevard d'Athènes, Marseille.
Cabouat, 5, rue Demians, Nîmes (Gard).
Chevillotte, Cussy-les-Forges (Yonne).
Coutela, 19, rue La Boétie, Paris (8e).
Descomps, 1, rue Le Nôtre, Paris (16e).
Dubois, La Baule (Loire-Inférieure).
Ducuing, 1 bis, rue du Languedoc, Toulouse.
Duvelleroy, 164, avenue Président-Wilson, La Plaine-Saint-Denis.
Flandrin, 4, square des Postes, Grenoble (Isère).
Fritschi, 10, rue Pasteur, Beaumont-sur-Oise (Seine-et-Oise).
Gernez-Rieux, 22, rue Jocquet, Lille (Nord).
Mlle Guillermet, à Miribel, près Lyon (Ain).
Lefrançois, 17, rue Coligny, Le Havre (Seine-Inférieure).
Melnotte, 9, rue Sainte-Catherine, Nancy.
Moutier, 78, rue de Monceau, Paris (8e).
Nedelec, 8, rue du Lycée, Nantes (Loire-Inférieure).
Oberlin, 121, boulevard Saint-Germain, Paris (6e).
Plichet, 75, rue Denfert-Rochereau, Paris (14e).
Rohmer, professeur à la Faculté de Strasbourg.
Roux-Berger, 8, rue des Saints-Pères, Paris (6e).
Verger-Pratoucy, 13, boulevard Victor-Hugo, Limoges (Haute-Vienne).
Villey, 31, rue des Chanoines, Caen (Calvados).
Vincent, 11, rue de Champigny, Sucy-en-Brie (Seine-et-Oise).

(J. O., 11 janv. 1945.)

Entr'aide française. — M. Justin Godard, sénateur, ancien ministre, membre de l'Académie de Médecine, a été nommé président de l'Entr'aide française.

Commission du statut des laboratoires privés d'analyses médicales. — Par arrêté en date du 13 décembre 1944, M. le Dr Laporte, directeur du laboratoire de sérologie à l'Institut Alfred-Fournier, a été nommé membre de la commission du statut des laboratoires privés d'analyses médicales.

Commission technique des médicaments antivénériens. — La commission est ainsi composée : MM. Tiffeneau, Jules Renaut, Justin-Besançon, Lévy-Bing, Degos, Coste, Tzanck, Soula (Toulouse), Cavaillon.

Inspection de la Santé. — M. le Dr Baissette, médecin inspecteur de la santé de 1re classe, mis en disponibilité, sur sa demande, à compter du 1er janvier 1943, est réintégré dans le cadre de l'inspection de la santé et nommé médecin inspecteur de la santé de Seine-et-Oise, à compter du 12 septembre 1944.

Mlle le Dr Dantzig (Marcelle), ancien inspecteur départemental d'hygiène de l'Aube;

M. le Dr Lévy (Robert), ancien médecin inspecteur de la santé de Vaucluse ;

M. le Dr Montus (Gérard), ancien médecin inspecteur de la santé des Bouches-du-Rhône, ont été réintégrés dans les cadres des services extérieurs du ministère de la Santé publique, en qualité de médecin inspecteur de la santé.

M. le Dr Nordmann (Jacques), ancien inspecteur adjoint départemental d'hygiène de Saône-et-Loire ;

M. le Dr Cuisset (Maurice), ancien médecin inspecteur adjoint de la santé du Nord, ont été réintégrés dans les cadres des services extérieurs du ministère de la Santé publique, en qualité de médecin inspecteur adjoint de la santé.

M. le Dr Brongniard (Marcel), ancien médecin inspecteur adjoint de la santé de Seine-et-Oise, est réintégré dans les cadres des services extérieurs du ministère de la Santé publique et affecté dans ce même département.

M. le Dr Maret, médecin inspecteur adjoint de la santé des Vosges, est chargé des fonctions de médecin inspecteur de la santé dans le département du Haut-Rhin.

Mme le Dr Claveau, médecin inspecteur de la santé de la Loire, est affectée à titre temporaire, en la même qualité, dans le département de la Moselle.

M. le Dr Véron (Armand) est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la santé, dans le département de l'Indre, au maximum pour la durée des hostilités.

M. le Dr Montedeguy est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la santé, dans le département des Basses-Pyrénées, au maximum pour la durée des hostilités.

Sanatoriums publics. — M. le Dr Calvet, médecin-directeur des sanatoriums publics, en disponibilité, est réintégré dans ses fonctions et nommé médecin-directeur du sanatorium du Ponteils (Gard).

M. le Dr Amat, médecin-adjoint du sanatorium de la Chapelle-des-Pots (Charente-Maritime), est nommé, en la même qualité, au sanatorium du Ponteils (Gard).

Mme le Dr Poivet-Sarthou, médecin-adjoint du sanatorium du Rhône, à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère), est nommée médecin-directeur du sanatorium de Camiers (Pas-de-Calais), en remplacement de M. le Dr Wibaux, appelé à d'autres fonctions.

M. le Dr Hubert (Henri), médecin-directeur du sanatorium de la Chapelle-des-Pots (Charente-Maritime), a été nommé médecin-directeur du sanatorium de Villers-le-Lac (Doubs).

M. le Dr Benau, médecin adjoint au sanatorium de la Tuyolle (Seine-et-Oise), est nommé médecin directeur du sanatorium de la Chapelle-des-Pots (Charente-Maritime), en remplacement de M. le Dr Hubert, appelé à d'autres fonctions.

Mme le Dr Buret-Canto, médecin adjoint au sanatorium interdépartemental de Saint-Gobain (Aisne), est nommé médecin directeur au même établissement.

M. le Dr Ageorges est nommé médecin adjoint, chargé des fonctions de médecin directeur au sanatorium d'Oissel (Seine-Inférieure).

M. le Dr Jacquet, médecin adjoint au sanatorium départemental du Rhône, à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère), est révoqué de ses fonctions.

Hôpitaux psychiatriques. — M. le Dr Bargues, ancien médecin-chef du quartier d'aliénés de l'hospice d'Agen (Lot-et-Garonne), est réintégré dans ses fonctions, à compter du 22 août 1944, sous réserve du

préjudice subi dans ses grades, fonctions, droits et situation.

M. le Dr Senges, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Perray-Vaucluse (Seine), est nommé médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique Sainte-Anne (poste vacant).

M. Cazes (Charles), est nommé à titre provisoire directeur administratif de l'hôpital psychiatrique de Pierrefeu (Var).

M. le Dr Deshaies (Gabriel) est nommé médecin directeur de l'hôpital psychiatrique départemental de Châlons-sur-Marne (Marne).

M. le Dr Rallu, médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de La Roche-sur-Yon (Vendée), est mis en disponibilité, sur sa demande, pour une durée d'un an, à compter du 15 novembre 1944.

M. Coudurier, directeur de l'hôpital psychiatrique de Bron-Vinatier (Rhône), frappé par la loi du 17 juillet 1940, est réintégré dans ses fonctions, avec effet du 3 février 1941.

Budget de l'administration de l'Assistance publique, à Paris. — Un arrêté ministériel fixe comme suit le budget de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris, pour l'exercice 1944.

Le budget, tant en recettes qu'en dépenses, est arrêté à la somme de 1.485.583.848 fr.

Le Carnet de Santé, rendu obligatoire le 16 décembre 1942 par l'autorité de fait se disant gouvernement de l'Etat français, doit être conforme au modèle institué par l'arrêté du 2 mai 1939.

Guerre

Service de Santé. — Sont promus à titre temporaire au grade de médecin sous-lieutenant, les élèves de l'Ecole du Service de Santé ci-après désignés : MM. Mathelle-Guinier, Klein, Renault et Galy.

Ces officiers prennent rang dans leur grade du 31 décembre 1941 et sont promus, à titre temporaire, au grade de médecin lieutenant, pour prendre rang du 31 décembre 1943.

Légion d'honneur. — GUERRE. — Chevalier : médecin capitaine Martin (L.-R.), Ne R. T. A. (Croix de guerre avec palme.)

Marine

Nominations de médecin ou pharmacien de 2e classe, auxiliaires de la marine. — Le « Journal Officiel » du 5 août 1944 (réimpression), publie une ordonnance relative a ces nominations : les élèves du Service de santé de la marine possédant au moins 16 inscriptions validées (médecine), ou 12 (pharmacie), évadés de France et qui servent à la date de la présente ordonnance en qualité de médecins ou pharmaciens de 3e classe auxiliaires, pourront être nommés au grade de médecins ou pharmaciens de 2e classe auxiliaires.

Pendant la durée de la guerre, les médecins ou pharmaciens auxiliaires peuvent être nommés médecins ou pharmaciens de 3e classe auxiliaires.

Manifestation franco-alliés

La Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres de France a offert récemment un dîner aux médecins alliés. Ce dîner, qui réunissait 90 convives, était présidé par le Dr R. Vaudescal, professeur agrégé, chef de service à l'hôpital américain et à l'hôpital de Neuilly. Les Alliés étaient représentés par le major Hargreaves et le [illegible] Evans, du Service de santé britannique ; par les colonels J. C. Kimbrough, [illegible] A. Stout, D. T. Vail, E. M. Bricker, A. Albricht, H. T. Berwald, Milholland ; les majors Ashers, Hewals, Whelan, Witte, R. Blachney ; les capitaines R. Martin, Cl. Sidverberg, R. Bauman, du Service de santé américain.

Le Dr Wibaux représentait le ministre de la Santé publique. La guerre était représentée par le médecin général Arène, les médecins colonels de Benedetti et Imbert, et le médecin capitaine Monnery, de la liaison F.-U. S.

Une conférence du Dr A. Vernes et des projections de films chirurgicaux précédèrent le dîner, à la fin duquel le Dr Vaudescal salua nos éminents confrères alliés et porta un toast au général de Gaulle.

Société pour femmes et enfants de médecins. — La Société de Secours Mutuels et de Retraites pour femmes et enfants de médecins, dite F. E. M., 60, boulevard Latour-Maubourg, à Paris (7e), bien que privée, du fait des événements, d'une grande partie de ses ressources a pu, cependant, poursuivre sa tâche envers les veuves et les orphelins de médecins, grâce, en partie, aux dons généreux des Laboratoires de spécialités pharmaceutiques.

Ces dons se sont élevés, pour l'année 1944, à la somme totale de 60.950 francs.

La F. E. M. demande à ses généreux donateurs de bien vouloir continuer leur appui bienveillant, afin de lui permettre de combler le vide, fait dans la caisse de secours, par la suppression momentanée du « Bal de la médecine française ».

Fondation d'Heucqueville, 81-85, boulevard Montmorency, Paris. — Le Dr G. d'Heucqueville a repris ses consultations : maladies héréditaires et nerveuses, examen prénuptial, enfants anormaux (sur rendez-vous).

Cours

Clinique thérapeutique médicale de l'hôpital Saint-Antoine (Professeur Maurice Lœper).

Les médications du jour, samedi 11 heures. — 13 janvier : La sulfadiazine dans les infections, M. le Dr Varay. — 20 janvier : Les nouveaux arsenicaux, M. le Dr Degos. — 27 janvier : Le traitement de l'oxyurose, M. le Dr Deschiens. — 3 février : Le traitement du tétanos, M. le Dr Lenormant. — 10 février : Les nouveaux médicaments de la maladie de Basedow, M. le Dr A. Netter. — 17 février : L'acétylation des sulfamides, M. le Dr Jean Cottet. — 24 février. — La tuberculinothérapie du rhumatisme, M. le Dr Bourdin. — 3 mars : Le traitement de la tuberculose rénale, M. le professeur Chevassu. — 10 mars : Tuberculose et hérédité, M. le professeur agrégé Turpin. — 17 mars : Les médications substitutives de l'insuline, M. le professeur agrégé Boulin. — 24 mars : Le traitement des abcès du poumon, M. le Dr Jacob. — 14 avril : Traitement chirurgical du cancer du pancréas, M. le Dr Bergeret. — 21 avril : Médication martiale dans les anémies, M. le Dr Mallarmé. — 28 avril : Les sulfones en thérapeutique, M. le Dr Nitti. — 5 mai : L'avenir du cancer de l'estomac opéré, M. le Dr Hepp. — 12 mai : Traitement et prévention des accidents post-opératoires, M. le Dr Gosset. — 26 mai : Traitement sympathique du mégacolon, M. le professeur Leriche. — 2 juin : Oxyquinoléine et ses indications, M. le professeur Lœper. — 9 juin : Le thiophène et le soufre dans le traitement du rhumatisme chronique, M. le Dr Lesobre. — 16 juin : Les accidents du salicylate de soude, M. le Dr Perrault. — 23 juin : La transfusion du plasma sanguin, M. le Dr Tzanck.

Réunions des médecins de l'hôpital Saint-Antoine, le dernier jeudi du mois, à 10 heures, amphithéâtre Hayem, à l'hôpital Saint-Antoine. — 25 janvier : Traitement chirurgical des néphrites chroniques, MM. Cottet, Routier et Rudler. — 22 février : Les érythroblastoses, MM. André, A. Lemaire et Mallarmé. — 26 avril : La pénicilline, MM. Martin, Nitti et Smith. —

(Voir suite des informations, p. 30.)

POLYRADICULONÉVRITES SYPHILITIQUES

par MM. J. Euzière, Ng. Duc et A. Pineau
(de Montpellier)

Nous avons eu récemment l'occasion de soulever le problème des rapports de la syphilis avec les polyradiculonévrites curables. Nous pensons qu'il est légitime de distraire du syndrome de Guillain-Barré les cas de polyradiculonévrite rattachables à la syphilis.

L'individualisation du « syndrome » de G.-B. ne permet pas encore, comme le fait remarquer Cathala (1), de croire à la découverte d'une « nouvelle maladie » infectieuse autonome ; d'autre part, de nombreuses observations récentes montrent la fréquence des polyradiculonévrites au cours ou à la suite de certaines fièvres éruptives, des oreillons, de la diphtérie. On a pu incriminer en outre bien d'autres facteurs toxiques et infectieux, sans parler de la névraxite épidémique et de la maladie de Heine-Médin, dont l'intervention est facilement évoquée dans tous les cas d'infections neurotropes mal connues.

Ainsi le cadre des polyradiculonévrites idiopathiques est encore mal délimité ; celui des polyradiculonévrites deutéropathiques tend à s'élargir chaque jour. Il est donc permis de réserver une place à la polyradiculonévrite syphilitique.

I. — Historique.

Dès 1887, Kahler (2) a isolé un syndrome spécial sous le nom de « Multiple Syphilitische Wurzelneuritis », également observé par plusieurs auteurs allemands.

Toutefois, le terme de polyradiculonévrite syphilitique ne semble pas avoir été facilement adopté en France. En effet, pendant longtemps, les polyradiculonévrites syphilitiques n'ont pas été dégagées du groupe des polynévrites syphilitiques d'une part, et du cadre du syndrome de G.-B., d'autre part ; on peut envisager deux périodes d'ailleurs intriquées pour schématiser les faits :

1° *L'ère des polynévrites syphilitiques.* — Celles-ci ont bénéficié des études d'ensemble de Ménard (3), de Pitre et Vaillard (4) ; elles occupaient cependant, en raison de leur rareté, une place nosologique assez restreinte ; certains ont nié leur existence et accordé aux facteurs toxiques une place prépondérante. Assez récemment encore, Girard et Laures (5) ont souligné les difficultés d'interprétation en présence de facteurs étiologiques complexes, malgré le rôle indéniable de la syphilis, reconnu par Boudouresques (6).

On comprend qu'en 1913, Barré et Colombe (7), en publiant un cas de « polynévrite probablement d'origine syphilitique », n'aient admis que prudemment le rôle de la syphilis. En lisant attentivement cette observation, on s'aperçoit que l'atteinte radiculaire était indiscutable et que rien ne s'opposait à parler de polyradiculonévrite syphilitique.

Plus près de nous, Alajouanine et ses collaborateurs (8) ont publié également un cas de « polynévrite syphilitique », où la localisation radiculaire ne pouvait être exclue ; on aurait pu utiliser, là encore, le terme de polyradiculite syphilitique.

2° *L'ère du syndrome de Guillain-Barré.* — Depuis la publication de Guillain, Barré et Strohl en 1916 (9), la notion de radiculonévrite avec hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien sans réaction cellulaire, s'est répandue ; l'expérimentation n'a pas permis d'isoler un germe particulier ; on s'accorde toutefois pour incriminer un virus neurotrope.

Aussi, en présence d'une polyradiculonévrite, pense-t-on d'abord au syndrome de G.-B. et au virus neurotrope ; on y pense encore lorsque les examens sérologiques viennent inculper la syphilis ; on est tenté, à la suite de Kreindler et Anastasiu (10), de parler de syndrome de G.-B. chez un syphilitique. Boudin (11) va jusqu'à admettre qu'une polyradiculonévrite avec dissociation albuminocytologique doit être attribuée au virus neurotrope « se développant à la faveur de perturbations générales, qu'il s'agisse d'une maladie infectieuse ou d'une intoxication ».

Voilà pourquoi, depuis Kahler, les polyradiculites syphilitiques n'ont connu qu'un succès relatif ; en outre, la rareté des observations utilisables ne facilite guère l'étude d'ensemble que nous essayons d'entreprendre. Avant nous (12), le problème de la localisation radiculonévritique de la syphilis n'a été posé d'une façon explicite que par Delbocke et Van Bogaert (13), par Traband (14), qui apporte d'ailleurs deux observations contestables, et surtout par Diaganesco, Kreindler et Façon (15).

II. — Etude clinique.

L'analyse des observations, qui ont servi de base à notre étude, permet de les classer en deux groupes :

A. Formes sensitives. — L'atteinte radiculonévritique de la syphilis se limite ici à un certain nombre de racines, et l'on est d'autant moins porté à contester son existence, qu'il est classique d'admettre, à la suite de Déjerine, l'origine syphilitique des radiculites banales, dans 80 % des cas. Roger (16), dans plusieurs mises au point, a réduit la fréquence des radiculites syphilitiques en précisant leurs caractères essentiels, et Milian (17) a rapporté des cas particulièrement sensibles au traitement syphilitique.

On peut placer dans ce groupe le cas de Delboecke et Van Bogaert (13) ; il s'agit d'une observation de radiculonévrite s'étendant de D_{10} à S_1, caractérisée par des troubles sensitifs marqués et une évolution fébrile ; le liquide céphalo-rachidien était xanthochromique, avec coagulation spontanée et réaction pléiocytaire ; les réactions humorales étaient positives, aussi bien dans le sang que dans le liquide céphalo-rachidien.

B. Formes motrices. — L'évolution extenso-progressive régulièrement ascendante, avec atteinte motrice prédominante des membres et des nerfs craniens, ainsi que la dissociation albumino-cytologique, les rapprochent du syndrome décrit par Guillain et Barré.

1° *Caractères généraux.* — Il s'agit d'une paralysie de type périphérique, avec hypotonie et abolition des réflexes ostéo-tendineux et cutanés, précédée de troubles de la sensibilité subjective. Les caractères essentiels permettant d'écarter la polynévrite sont représentés dans les cas typiques par la discrétion des troubles de la sensibilité objective et de la trophicité, la présence de troubles sphinctériens et les modifications minimes des réactions électriques.

L'atteinte paraplégique globale des membres inférieurs est suivie d'une parésie des membres supérieurs et d'une paralysie faciale uni ou bilatérale pouvant être fruste ; le cas de Draganesco (15) est marqué par l'atteinte du X périphérique, dont les manifestations ont été interprétées à tort comme des symptômes bulbaires.

Le siège distal des troubles sensitifs, la douleur à la pression des masses musculaires, montrent toutefois qu'à l'atteinte radiculaire s'ajoute celle des troncs nerveux, ce qui justifie la dénomination de polyradiculonévrite ; dans l'observation d'Alajouanine (8), l'atteinte polynévritique était même prédominante : la R. D. était en effet notée, ainsi que des troubles psychiques imposant le diagnostic de syndrome de Korsakoff.

Dans tous les cas, la dissociation albumino-cytologique est particulièrement nette ; le chiffre de l'albumine va de 0 gr. 60 à 2 gr., pour une réaction lymphocytaire ne dépassant guère 10 éléments.

Jusqu'ici, ces caractères ne permettent guère de séparer les polyradiculonévrites syphilitiques du syndrome de G.-B. ; il faut même avouer que l'exploration clinique du malade, limitée à un examen attentif, impose à coup sûr ce dernier diagnostic : aucun stigmate neurologique, en effet, ne met sur la piste de la syphilis ; tout au plus, dans l'observation de Draganesco (15), l'anisocorie et l'irrégularité des contours pupillaires auraient pu la faire soupçonner.

Heureusement, certaines particularités viennent plaider la cause des polyradiculites syphilitiques.

2° *Caractères particuliers.* — Ils sont suffisamment éloquents pour qu'on puisse attribuer à la syphilis un rôle indiscutable. Ce sont :

a) Les conditions étiologiques. — Les polyradiculonévrites syphilitiques apparaissent à la période tertiaire, et cette date d'apparition les distingue nettement des polynévrites syphilitiques, qui sont habituellement des accidents de la période secondaire. Aucun élément étiologique ne doit intervenir en dehors de la syphilis ; c'est ainsi que chez le malade que nous avons observé (12), aucun autre antécédent toxi-infectieux ne pouvait être retenu, et si la notion de chancre d'inoculation ne pouvait être décelée, son fils âgé de 11 ans présentait des stigmates évidents d'hérédo-syphilis : kératite interstitielle, malformations dentaires, rate percutable, examens sérologiques positifs ;

b) Les réactions humorales. — Les réactions de la syphilis doivent être positives, aussi bien dans le sang que dans le liquide céphalo-rachidien ; la réaction de Guillain est nettement positive, mais elle n'est pas un test formel ; nous ne pouvons donc tenir compte sans réserves des cas de Trabaud (14), où les preuves de l'infection syphilitique se fondaient sur la réaction du benjoin colloïdal ainsi que sur la tendance à l'aggravation des troubles neurologiques et leur régression rapide à la suite du traitement spécifique ;

c) L'action du traitement spécifique. — L'épreuve thérapeutique qui était, avant la sérologie, la pierre de touche de l'atteinte syphilitique, ne peut constituer ici un argument décisif. En effet, on connaît la curabilité habituelle des syndromes de polyradiculonévrite ; d'autre part, l'effet anti-infectieux général des médicaments antisyphilitiques, souvent mis à profit en neurologie, leur enlève une partie de leur valeur spécifique.

Il est cependant impossible de ne pas se laisser impressionner par l'efficacité manifeste et rapide du traitement mercuriel ou arséno-bismuthique. La malade de Barré (7) fut améliorée peu de jours après le début des injections de protoiodure de Hg ; le malade de Draganesco (15), dont l'évolution ascendante devenait

inquiétante, fut rapidement guéri par le traitement mixte ; il en fut de même pour le nôtre (12), chez lequel le traitement arsénobismuthique a probablement empêché la généralisation de la paralysie. Dans tous ces cas, la récupération motrice fut obtenue au bout de deux à trois mois de traitement.

Pourtant, Kreindler et Anastasiu (10) ont publié un cas de radiculonévrite avec réactions humorales positives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, qui a guéri spontanément. Cette observation nous conduit à considérer plus attentivement le rôle de la syphilis dans le déterminisme des formes motrices, plus sujettes à contestation que les formes sensitives.

III. — Le problème pathogénique.

Envisagé du point de vue pratique, la question se pose de la façon suivante : les polyradiculonévrites survenant chez des syphilitiques tertiaires, s'accompagnant de réactions humorales positives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, sont-elles exclusivement d'origine syphilitique et, dans ce cas, faut-il compter uniquement sur le traitement spécifique pour assurer la guérison ?

On ne peut y répondre que par l'affirmative, puisqu'on ne saurait priver le malade du seul traitement efficace que nous possédons en neurologie, ni espérer une guérison spontanée malheureusement inconstante.

Mais l'observation de Kreindler et Anastasiu (10) nous engage, du point de vue doctrinal, à une plus grande prudence ; l'affirmation énoncée pour les besoins pratiques ne saurait être maintenue qu'avec des preuves anatomiques : elles n'ont pas été apportées jusqu'ici.

D'autres facteurs que la syphilis interviennent-ils dans la production de ces polyradiculonévrites ? Si les facteurs toxiques (alcool, arsenic), habituellement évoqués dans les discussions étiologiques d'une atteinte nerveuse périphérique peuvent être facilement rejetées, il n'en est pas de même pour les facteurs carentiels : Janbon (18) admet leur rôle adjuvant dans les polynévrites diphtériques au cours de ces dernières années, et Rimbaud (19) a montré la relation de cause à effet entre le déséquilibre alimentaire et l'atteinte radiculo-névritique.

Mais, pour légitimer cette hypothèse, les polyradiculonévrites syphilitiques devraient être plus fréquentes dans les conditions de vie actuelle, ce qui n'est pas encore démontré.

Reste une hypothèse pathogénique de valeur : de nombreuses observations réunies par Roger (20), soulèvent la question d'une prédisposition des syphilitiques à l'écloson des infections à virus neurotropes. Dans le cas de polyradiculonévrites, la syphilis fait-elle le lit du virus neurotrope ? Une réponse définitive ne peut être fournie.

Quoiqu'il en soit, nous devons considérer que la syphilis joue un rôle prépondérant, sinon exclusif, dans la production de certaines polyradiculonévrites. Nous avons souligné l'ensemble des caractères cliniques et humoraux qui permettent d'individualiser ces polyradiculonévrites syphilitiques, et les conclusions d'ordre pratique qui se dégagent de notre étude justifient leur indépendance vis-à-vis du syndrome de Guillain-Barré.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Cathala. — Polyradiculites généralisées après les oreillons, la scarlatine et la varicelle (*Paris Médical*, 1er-8 juin 1940, n° 22-23, pp. 279-282).

(2) Kahler, — Die multiple syphilitische Wurzelneuritis (*Zeitschrift für Heilkunde*. Bd. VIII, s. I., 1887).

(3) Menard (J.-P.). — Polynévrite syphilitique (*Gazette des Hôpitaux*, 25 novembre 1911, p. 1917) [Bibliog. antérieure à 1911].

(4) Pitre et Vaillard. — Névrites et polynévrites syphilitiques (in Pitres, Vaillard et Laignel-Lavastine). Maladies des nerfs périphériques et du sympathique (*Nouveau traité de médecine et de thérapeutique*, Baillière édit., 1924, t. XXXVI, pp. 410-416).

(5) Girard et Laures. — Les polynévrites chez les syphilitiques (*Marseille Médical*, An. 76, n° 17, 15 juin 1939, pp. 822-826).

(6) Boudouresques. — *Thèse Marseille*, 1938.

(7) Barré et Colombe. — Polynévrite probablement syphilitique. Guérison à la suite du traitement mercuriel (*Revue Neurologique*, 30 juin 1913, n° 12, pp. 849-854).

(8) Alajouanine, Thurel et Goudin. — Polynévrite syphilitique (*Revue Neurologique*, décembre 1934, p. 857).

(9) Guillain, Barré et Strohl. — Sur un syndrome de radiculonévrite avec hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien sans réaction cellulaire. Remarques sur les caractères cliniques et graphiques des réflexes tendineux (*Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 26 octobre 1916, 40, nos 27-28, p. 1462).

(10) Kreindler et Anastasiu. — Polyradiculonévrite avec dissociation albumino-cytologique (syndrome de Guillain-Barré) à forme pseudo-myopathique chez un syphilitique (*Rev. Neur.*, 1939, t. I, p. 759).

(11) Boudin. — *Thèse Paris*, 1936.

(12) J. Euzière, E. Fassio, Ng. Duc et A. Pineau. — Polyradiculite avec dissociation albumino-cytologique chez un syphilitique (*Soc. des Sc. Méd. et Biol. de Montpellier*, 5 mai 1944).

(13) Delboecke et Van Bogaert. — Radiculonévrite aiguë syphilitique avec syndrome de Froin (*Soc. Belge de Neurol.*, 1er août 1925).

(14) Trabaud. — Syndrome de Guillain-Barré, ou polyradiculonévrite avec dissociation albumino-cytologique au cours d'une syphilis ignorée (*Rev. Neurol.*, 1929, t. I, p. 808).
— Un nouveau cas de syndrome de Guillain-Barré, d'origine spécifique (*Rev. Neurol.*, 1929, t. II, p. 592).

(15) Draganesco, Kreindler et Façon. — Radiculonévrite sensitivo-motrice d'origine syphilitique. Contribution à l'étude de la localisation radiculo-névritique du processus syphilitique (*Rev. Neur.*, 1930, t. II, p. 577).

(16) Roger et Schachter. — Syphilis et sciatique (*Marseille Médical*, 15 juin 1939, p. 827). Voir notice bibliographique.

(17) Milian. — Les sciatiques d'origine syphilitique (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 10 mars 1941, nos 3-4, pp. 140-143).

(18) Janbon, Chaptal, Andreani et Bringer. — Notes sur l'épidémie récente de diphtérie (hiver (1942-43) [*Montpellier Médical*, septembre-octobre 1943, p. 481].

(19) Rimbaud, Serre et Passouant. — Polyradiculonévrite de Guillain-Barré associée à un syndrome de déséquilibre alimentaire (*Montpellier Médical*, mars-avril 1943, p. 146).

(20) Roger. — Les infections à virus neurotropes chez les syphilitiques (*Marseille Médical*, 15 juin 1939, p. 805).

CONSULTATION PRÉNUPTIALE

par le Dr Georges d'Heucqueville

La loi du 19 décembre 1942 prescrit aux futurs époux un examen prénuptial. Elle est discrète : le médecin consulté ne doit que certifier, pour l'état civil, qu'il a bien pratiqué cet examen; c'est l'occasion d'attirer l'attention des futurs époux sur leurs responsabilités devant l'enfant qu'ils mettront au monde.

C'est surtout l'occasion pour le spécialiste de pratiquer une eugénique objective en précisant aux intéressés ce qu'ils valent comme procréateurs, et souvent comment s'améliorer.

Que rechercher dans l'examen prénuptial ?

Voici, par exemple, deux fiancés, M. C... et Mme D..., deux fiancés qui se présentaient, il y a deux ans, à notre consultation prénuptiale.

M. C..., 28 ans, architecte, offre toutes les apparences de la santé. Dans ses antécédents nous ne relevons ni traumatisme obstétrical, ni convulsions de l'enfance, ni typhoïde, ni scarlatine, ni aucun accident tuberculeux. Il a fait la campagne de 1939-1940 dans l'infanterie. Il assure n'avoir jamais contracté la syphilis et produit une réaction de Wassermann négative.

A l'examen, nous ne décelons aucune lésion organique : auscultation négative, tension artérielle : 14/8, réflexes normaux, organes génitaux bien constitués, aucun stigmate de dégénérescence (tubercule de Darwin, érosions dentaires, etc...).

Mme D..., 30 ans, est divorcée. Sa carrure robuste contraste avec ses traits fatigués, qui la font paraître plus âgée.

Dès son premier âge, sa croissance aurait été retardée : elle aurait pesé 2 kgs 500 à la naissance et marché à 2 ans. Dans l'enfance, angines à répétition, adénoïdectomie, amygdalectomie, appendicectomie. Puberté à 12 ans : règles douloureuses et irrégulières. A 16 ans, pleurésie séro-fibrineuse. Mariée peu après, enceinte à 19 ans, elle fait une grossesse et des couches normales en apparence, mais une tentative d'allaitement est interrompue par une hémoptysie, suivie d'une longue période fébrile et d'un séjour de 18 mois en sanatorium. Après quelques rechutes, le mari la délaisse. Ses derniers accidents remontent à 6 ans.

L'examen montre des modifications étendues et bilatérales des bruits respiratoires, des réflexes exagérés; tension artérielle : 13/8. Nous ne relevons aucun stigmate de dégénérescence.

Cette jeune femme apporte une radiographie pulmonaire qui confirme l'existence de lésions anciennes, un examen de crachats récent négatif et une réaction de Wassermann négative aussi.

Que retenir de cet examen ?

D'abord nulle trace de syphilis chez ces fiancés : donc aucune contamination à craindre entre eux, aucune syphilis héréditaire pour l'enfant à naître.

En revanche, la future épouse est phtisique avérée. Or, si la tuberculose est une maladie microbienne, le terrain propice à son développement est héréditaire : Hippocrate et Trousseau le notaient comme évidence; notre regretté maître Sergent traçait ainsi les directives de l'examen prénuptial des tuberculeux : « Si la prophylaxie de la tuberculose veut être effective, elle doit viser, autant

que la lutte contre la contagion, la lutte contre l'affaiblissement de la race et de l'individu ».

Mme D... ne paraît guère désirable comme procréatrice. Mais aucune loi n'interdit le mariage aux tuberculeux : nous devons nous borner à conseiller précautions et délais (5 ans après guérison du dernier épisode clinique, demandons-nous). Mme D... étant guérie depuis 6 ans, abstenons-nous donc de la détourner de son nouveau projet de mariage.

Pouvons-nous préciser davantage le sort des enfants à naître ?

D'abord l'enfant du premier lit préfigure pour partie ses futurs demi-frères ou sœurs : or cet enfant, né chétif, pesant 2 kgs 200 à la naissance, a présenté des convulsions à 10 mois, marché à 20 mois, est demeuré à 11 ans incontinent la nuit, retardé à l'école, voleur : Landouzy l'aurait reconnu pour l'un de ses dystrophiques ou dégénérés hérédo-tuberculeux.

Les autres antécédents des deux familles achèveront de nous éclairer sur le patrimoine biologique que le couple va transmettre à ses enfants : plus importe l'étude de ces antécédents que l'examen même des fiancés; souvent nous devons nous en contenter quand on nous demande consultation prénuptiale par lettre, en adressant deux certificats pour suppléer à l'examen direct.

Le père du fiancé, âgé de 60 ans, est bien portant, sa mère a succombé dans une grossesse tubaire. Il a deux sœurs bien portantes, dont l'une a deux enfants normaux. Parmi les quatre grands-parents, relevons un diabétique; parmi les huit oncles et tantes, un cancer du sein. M. C... n'a jamais entendu parler de tuberculose pulmonaire ni osseuse, de syphilis ni d'injections en série, de convulsions, d'épilepsie, de faiblesse ni d'aliénation mentale dans sa famille.

Du côté de Mme D..., peu importent les antécédents du premier mari, étant assuré qu'il ne lui a pas transmis la syphilis. Mais le père de la fiancée est mort interné, après une tentative de suicide. La mère serait morte phtisique à la ménopause. Le frère aîné est épileptique, une sœur cadette aurait succombé en bas-âge à un accès de convulsions. Sur les quatre grands-parents, l'un déjà était tuberculeux; les six oncles et tantes, au contraire, seraient tous bien portants mais sans enfant.

Quel compte tenir de ces antécédents ? Aucun selon la génétique classique, laquelle ne reconnaît ni diabète, ni suicide, ni tuberculose, ni épilepsie comme caractères mendeliens se prêtant au calcul des probabilités.

Mais tous sont à retenir dans la nouvelle méthode « *stigmatologique* », applicable, non plus aux seuls caractères génétiques, mais à tous les « stigmates » de dégénérescence.

En voici le principe, que nous rappelons : toutes les affections héréditaires, toutes les tares, tous les stigmates sans exception obéissent bien aux lois de Mendel, mais la plupart, récessifs, demeurent cachés tant qu'une toxi-infaction chronique des parents (alcoolisme, tuberculose, etc...) ne les a rendus dominants chez les enfants, chez qui ils réapparaissent alors.

Comment tenir compte des antécédents éloignés pour le pronostic ?

La méthode de la « *mosaïque généalogique* », extension de la mosaïque de Galton selon les données de la stigmatologie, enregistre tous ces antécédents avec leur importance pour l'enfant à naître : coefficient 1 pour ceux des futurs parents eux-mêmes; 1/2 pour leurs pères, mères, frères, sœurs, enfants d'autres lits; 1/4 pour leurs grands-parents, oncles, tantes, neveux, nièces, etc...

Elle permet de calculer combien d'enfants sains le couple doit espérer mettre au monde (« *espérance prénuptiale* »), et combien tel enfant aura de chances de naître bien portant (« *espérance prénatale* »).

Les chiffres ainsi calculés se vérifient dans 96 % des cas, selon une enquête menée sur plus de 3.000 procréateurs et 10.000 gestations.

L'espérance prénuptiale du couple M. C...-Mme D... s'établit à 33/50, ou 66 %, ou 2/3. A leur question : « Nos enfants seront-ils bien constitués ? », nous pouvons répondre : « Sur trois enfants, vous aurez deux normaux et un malade ».

« *Existe-t-il un moyen d'améliorer ces enfants à naître ?* » demandent-ils encore.

Fortifier l'état général de l'ancienne phtisique, prévenir les rechutes est affaire de son médecin traitant.

Mais nous conseillons toujours aux jeunes mariées, quand l'espérance prénuptiale du couple reste inférieure à 95 %, de suivre un traitement capable de neutraliser l'action des facteurs dégénératifs sur l'ovule et sur l'œuf; par exemple :

Vitamine D (anti-rachitique)	2.000 unités
Vitamine E (anti-abortive)	5 mgrs
Calomel	5 cgrs
	(*pro die*)

chaque mois du 5e au 12e jour après le début des règles (époque la plus probable pour la fécondation).

La cure donne des résultats certains : deux ans plus tard, M. et Mme C... venaient nous montrer leur premier-né, tout à fait normal alors que son demi-frère aîné est un dégénéré.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 3 janvier 1945

Installation du bureau. — M. Maurice Caullery, élu président en remplacement de M. Maurain, a pris possession du fauteuil présidentiel. Les deux présidents ont prononcé des allocutions. M. Caullery a rappelé notamment les « quatre années d'esclavage auquel un gouvernement de capitulation se résignait si bien ». Puis, le nouveau président a salué l'aube de la délivrance et rendu un magnifique hommage au général de Gaulle qui fut vraiment « l'homme du destin ».

[M. Caullery, beau-frère du regretté Félix Mesnil, est né à Bergues (Nord) le 5 septembre 1868. Il a été élu membre de la Section d'anatomie et de zoologie le 7 mai 1928. Il est professeur à la Faculté des Sciences de Paris et directeur du laboratoire d'évolution des êtres organisés.]

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 19 décembre 1944

M. le Président annonce à l'Académie les décès de MM. Sacquépée, Cunéo, de Paris, et Sigalas, de Bordeaux.

Notice nécrologique sur M. Arloing. — M. Ameuille.

Rapport au nom de la Commission des Actes médicaux. — M. Baumgartner. — L'Académie adopte un vœu demandant que la ponction veineuse et la prise de tension artérielle, actes essentiellement médicaux, soient réservés au seul médecin.

Rapport sur le Ravitaillement. — M. Tanon, au nom de la Commission de l'Alimentation, fait adopter un vœu demandant le rétablissement des colis familiaux, palliatif des insuffisances du ravitaillement officiel.

Rapport sur les Travaux concernant le Service de l'Hygiène de l'Enfance. — M. Lesage.

Influence des restrictions alimentaires sur les malades des hôpitaux psychiatriques et des hospices. Le rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie des psychopathies. — M. Lhermitte. — Les restrictions ont montré leur influence à partir de mars 1941 par l'amaigrissement, l'asthénie, l'hypotension puis les œdèmes, les infiltrations séreuses et la polyurie. C'est entre octobre 1941 et mars 1942 que cette influence s'est surtout manifestée : onze décès au lieu d'un dans un seul établissement, et souvent par tuberculose à évolution rapide.

Dans les asiles psychiatriques, les sujets les plus touchés par les restrictions ont été ceux atteints de manie aiguë et de mélancolie. Discussion : M. Martel.

Mode d'action de la pénicilline. Son action thérapeutique dans la syphilis expérimentale de la souris et la maladie de Nicolas-Favre. — MM. Levaditi et Vaisman. — Etudiée dans la staphylococcie, la streptococcie, la pneumococcie, la spirochétose récurrentielle, la pénicilline a eu un effet curatif étonnamment rapide. Elle produit la lyse des germes, mais cette lyse paraît dépourvue d'un rôle décisif quant au résultat final. De plus elle bloque les enzymes dont le microbe use obligatoirement pour la synthèse des protéines indispensables à sa multiplication et à l'exercice de son pouvoir pathogène. Le microbe, resté vivant, ne secrète plus de leucolysine et la phagocytose demeure possible, d'où la guérison fréquemment suivie d'immunité.

Injectée (250.000 UO par kg) sous la peau de la souris atteinte de tréponémose cliniquement latente elle fait disparaître les germes en 24 heures. 1.000.000 UO par kg sous la peau d'une souris ayant reçu une inoculation encéphalique de virus lymphogranulomateux protègent 60 % des animaux; l'inoculation par cette voie contamine à coup sûr les animaux témoins.

Les poumons de fœtus humains et les mouvements respiratoires au cours de la gestation. — MM. Debeyre et Muller (Présentation par M. Balthazard). — L'aspiration du liquide amniotique dans l'alvéole fœtal en modèle la structure. Il convient de réviser les notions médico-légales classiques en matière d'infanticide.

L'attaque du lactose par les bacilles paradysentériques. — MM. Sartory et Wurtz.

Déclaration de vacances. — Sont déclarées vacantes les places de membre titulaire de MM. Lereboulet (médecine), Gosset et J.-L. Faure (chirurgie).

Elections. — M. le médecin général inspecteur Rouvillois est élu à l'unanimité vice-président pour l'année 1945. M. Rouvillois s'étant abstenu.

M. Henri Bénard est élu secrétaire annuel.

MM. Tiffeneau et Le Noir sont élus membres du Conseil d'administration.

Vacances du Jour de l'An. — L'Académie ne se réunira pas le 2 janvier 1945.

Commissions permanentes pour l'année 1945. — *Hygiène et maladies contagieuses.* — MM. Vincent, Bezançon, Dopter, Martin, Balthazard, Renault, Martel, Brouardel, Lesage, Lesné, Lemierre, Ramon, Debré, Tanon.

Eaux minérales. — MM. Carnot, Tiffeneau, Le Noir, Lœper, Villaret, Harvier, Polonovski, Fabre. A titre consultatif : MM. Chevassu, Laignel-Lavastine.

Vaccine. — MM. Martel, Petit, Renault, Couvelaire, Ramon, Brindeau, Tanon, Guérin, Bénard.

Hygiène de l'enfance. — MM. Renault, Couvelaire, Lesage, Lesné, Le Noir, Debré, Ribadeau-Dumas, Bénard.

Sérums. — MM. Vincent, Renault, Radais, Brocq-Rousseu, Lemierre, Ramon, Martin, Bénard, Fabre. A titre consultatif : MM. Rist, Tréfouel et Boivin.

Tuberculose. — MM. Bezançon, Renault, Brouardel, Rist, Guérin, Ribadeau-Dumas, Lesné, Veau, Courcoux, Troisier, Ameuille.

Hygiène et pathologie exotiques. — MM. Vincent, Brumpt, Lapicque, Perrot, Rist, Tanon, Vallery-Radot, Urbain, Gougerot.

Maladies vénériennes. — MM. Claude, Tiffeneau, Levaditi, Brindeau, Tanon, Milian, Gougerot, Urbain.

Institut supérieur de vaccine. — Le Conseil et la Commission de la Vaccine.

Laboratoire de contrôle des médicaments antisyphilitiques. — Le Conseil et MM. Guillain, Tiffeneau, Milian, Gougerot, Richet.

Laboratoire des contrôles chimiques, microbiologiques et physiologiques. — Le Conseil et MM. Carnot, Delépine, Portier, Ramon, Binet, Fabre. A titre consultatif : MM. Lœper, Polonovski.

Comité de publication. — MM. Brouardel, Rouvillois, Roussy, Renault, Tiffeneau, Le Noir, Baudouin, Bénard.

Commission du dictionnaire. — MM. Roger, Hartmann, Rouvillois, Rist, Lenormant, Villaret, Laignel-Lavastine, Duhamel, Veau, Baumgartner.

Commission des membres libres. — MM. les membres de la Section et MM. Barrier, Vincent, Roger, Hartmann, Lapicque, Radais.

Commission des associés. — MM. Barrier, Vincent, Roger, Hartmann, Lapicque, Tiffeneau, Lenormant, Jolly, Roussy, Rouvillois, Bertrand, Binet.

Séance du 26 décembre 1944

Décès. — M. le Président annonce le décès de M. Souques, ancien président de l'Académie en 1933.

Traitement chirurgical de la stérilité masculine par l'anastomose latérale du canal déférent et de la tête épididymaire. — MM. Chevassu et Bayle. — Dans un tiers des cas la stérilité des ménages est d'origine masculine : oblitération définitive de la queue de l'épididyme après épididymite blennorragique double. Le testicule continue cependant à secréter des spermatozoïdes. La tête de l'épididyme est demeurée normale; on peut donc tourner l'obstacle en anastomosant la tête avec le déférent. Une seule technique a fait sa preuve : l'anastomose latérale déférent-tête qui doit être faite par suture au fil d'argent très fin et sous lunette — loupe — à la seule condition que l'examen extemporané montre des spermatozoïdes dans la tête et un déférent perméable. En cas de succès les spermatozoïdes reparaissent mais seulement après quelques mois. On peut espérer par cette technique un succès dans au moins la moitié des cas : 7 succès avec 5 grossesses sur 13 anastomoses (H. Bayle).

Discussion. — M. P. Delbet. — La suture au fil d'argent semble avoir des vertus particulières tenant au métal même et qui sont une condition nécessaire du succès.

L'anastomose avec la tête épididymaire donne passage à des spermatozoïdes mobiles, condition du succès; l'anastomose avec le testicule même, seule pratiquée autrefois, fournit des spermatozoïdes toujours immobiles. L'insuccès est habituel.

Microbes ablastomycètes. Phénomène d'Antée-chromo-vaccins. — M. Remlinger. — La coloration vitale des microbes peut être opérée au sein même de leur milieu de culture, ce qui a permis l'examen quotidien des cultures et de leur mobilité. On constate en général que ces germes perdent leur faculté de reproduction tout en conservant leur mobilité, avec des délais qui varient selon la nature du germe. L'auteur propose pour eux le qualificatif d'ablastomycètes. Quant au pouvoir antigène et vaccinant, certains, au moins, le conservent.

Comme le géant Antée reprenant ses forces au contact de la terre nourricière, la bactéridie charbonneuse, après coloration vitale, récupère sa faculté de reproduction lorsqu'on la met en contact avec un milieu approprié et surtout avec un animal réceptif.

On peut donc, pour certaines espèces, préparer des « chromovaccins » à partir de germes vitalement colorés (vaccination anticharbonneuse du lapin).

Le « geranium robertiannus » en médecine vétérinaire et humaine. — MM. A. et R. Sartory et Le Gall. — Cette plante utilisée en Normandie, en Bretagne et dans le Cantal pour l'usage vétérinaire exerce une action sur les muqueuses intestinale et utérine et arrête les hématuries. Elle semble un succédané du ratanhia, de l'hydrastis, du quinquina et du colombo susceptible d'être essayé en médecine humaine.

La scapulalgie épidémique. — MM. J. Fricker et R. Vacher-Collomb (Présentation par M. H. Vincent). — A Marseille a sévi, avec caractère épidémique, une affection caractérisée par une algie du membre supérieur débutant subitement, très pénible la nuit, faible ou nulle le jour, irradiant à la partie entéro-externe du bras et de l'avant-bras et exagérée par les mouvements. Aucune lésion apparente de l'articulation des muscles ni des gaines tendineuses. Elle épargne les enfants et les sujets jeunes. Il semble s'agir d'une névralgie du plexus brachial. Elle dure plusieurs mois ou un an et est jusqu'ici rebelle aux traitements essayés.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 29 novembre 1944

A propos du traitement des abcès de la gaine du Psoas. — M. Métivet insiste sur la tendance à la chronicité de ces suppurations; il conseille l'incision de la gaine de bout en bout suivie de mêchage pour éviter la création d'un espace mort entre la gaine et le muscle.

Considérations sur l'ostéomyélite de la hanche (à propos de 20 observations). — MM. Cahuzac et Ollé. — M. Leveuf dissocie dans ces observations des cas d'arthrite suppurée primitive et les cas de septicémie; il insiste sur la valeur thérapeutique et l'immobilisation plâtrée suivie d'incision des abcès.

Sur un cas de cyto-steato-nécrose juxta mammaire. — M. Enel. M. Huet, rapporteur.

Appendicite aiguë avec lésions d'infarctus de l'appendice. — MM. Debeyre et Huguier. M. Huet, rapporteur.

Thrombose intra-carotidienne à forme névralgique après ligature pour cancer cervical. Résultat de l'artériectomie de la fourche. — M. Dargent. M. Roux-Berger, rapporteur.

Invagination de l'intestin grêle dans l'estomac à travers une bouche de gastro-entérostomie. — MM. Tisserand et Girard. Rapport de M. Roux-Berger.

Séance du 6 décembre 1944

Endométriose ovarienne et endométriose appendiculaire chez la même malade. — M. Braine.

Syphilis gastrique localisée à la région de l'antre. Gastrectomie. — M. Moiroud. — M. Senèque lit cette observation dont il souligne le caractère exceptionnel : l'examen histologique de la pièce a permis de mettre en évidence des tréponèmes.

Sur un cas de volumineuse adénite aiguë mésentérique. — MM. Caby et Duperrat. — M. Senèque, rapporteur, insiste sur la difficulté de la conduite à tenir lorsqu'on se trouve en présence de très volumineuses adénites (celle de l'observation avait la taille d'une mandarine).

Autoclave à fonctionnement automatique. — M. Barraya. M. J. Gosset, rapporteur.

Résultats de 7 cas d'arthroplasties du coude. — M. Charry. — M. P. Mathieu rapporte ce travail dans lequel l'auteur indique un procédé de transplant aponévrotique pour allonger l'appareil extenseur du coude lorsque cela est nécessaire.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 novembre 1944

Pneumopathie aiguë par inhalation de gaz de combustion d'essence à plomb tétragène. — M. A. Pelle et Mlle France Fresnel (Rennes). — Observation d'une pneumopathie aiguë chez un garçon soumis à l'inhalation de gaz d'échappement d'un moteur à essence équipant un camion-citerne. Aspect radiologique analogue à celui de la tuberculose pulmonaire; mais réactions à la tuberculose négatives. La présence de plomb tétraéthyle dans l'essence permit de retenir l'origine toxique de l'affection.

Un cas de pneumonectomie totale pour cancer excavé. — MM. Mathey, Milhiet et Lemoine. — Les auteurs présentent un malade opéré pour cancer excavé du tiers inférieur du poumon droit au tiers inférieur. Malgré les difficultés techniques de l'exérèse, les suites en furent simples et 2 mois et demi après l'intervention le malade est dans un bon état de santé apparente.

Pneumopathie chronique par gaz fumigènes: aspect radiologique pseudo-tuberculeux. — MM. PELLE et LEBRANCHU (Rennes). — Homme de 37 ans envoyé en surexpertise pour tuberculose révélée par des modifications de la transparence pulmonaire. La discrétion des symptômes permit de porter le diagnostic de pneumopathie chronique par inhalation de produits fumigènes provenant de chlorure de titane et chlorhydrine sulfurique.

SÉANCE DU 1er DÉCEMBRE 1944

Le test de Giroud chez les hypertendus artériels. — MM. RISER, PLANQUES, DARDENNE et Mlle SALLES ont constaté la variabilité de l'élimination des unités Giroud chez des sujets normaux et des hypertendus. Il n'y aurait aucune proportion entre l'importance et la tolérance de l'hypertension et le nombre d'UG éliminés par jour. L'élimination peut être identique chez des malades relevant de types cliniques très différents. Aucune indication de pronostic n'est indiquée par le test.

Le test de Giroud chez une addisonnienne. — MM. RISER, PLANQUES et DARDENNE. — Recherche du test dans les urines d'une addisonienne pendant un an avant et après prise de D.C.S. et chez sujets normaux. Chez la malade on ne put mettre en évidence un pouvoir mélano-constricteur plus faible; la charge ou la privation de D.C.S. n'a pas modifié ce pouvoir d'une manière sensible; aucun parallèle avec l'évolution de la maladie.

Etude thérapeutique de la sulfadiazine. — MM. LŒPER, MITTI, COTTOT et VARAY. — Une faible toxicité, une remarquable tolérance permettant de hautes doses, une durée longue de passage dans l'organisme, un degré de faible élimination des produits acétylés urinaires en sont les caractéristiques avec une activité incontestable du produit.

Méningite méningo-coccique et méningo-encéphalite tuberculeuse associées. — MM. J. DECOURT, BERTRAND et BLANC. — Chez une femme de 37 ans évolue une méningite tuberculeuse vraisemblable, mais le liquide céphalo-rachidien est purulent et contient des pneumocoques. Sous l'influence de la sulfamidothérapie l'infection méningococcique guérit rapidement. Mais l'état clinique s'aggrava et le jour de la mort le bacille de Koch est trouvé dans le liquide. A l'autopsie, association de lésions encéphalitiques diffuses avec foyers nécrotiques et thrombose vasculaire, rappelant l'aspect de certaines encéphalites des maladies éruptives.

A propos du traitement chirurgical des néphrites. — MM. RISER, BECQ, GÉRAUD et BARDIER. — Double décapsulation avec énervation au cours d'une poussée de glomérulo-néphrite avec subcoma permanent chez un homme de 28 ans. Amélioration, 3 ans de survie. Evolution vers insuffisance cardiaque progressive avec gros cœur. Mort par insuffisance cardio-rénale.

Infiltration stellaire dans la pratique neuro-rhumatologique. — MM. DE SÈZE, RYX-KEWAERT et GUÉGUEN. — L'infiltration stellaire par voie antérieure est simple, d'exécution facile, indolore, pouvant prendre place parmi les traitements ambulatoires d'une consultation de neurologie. Elle constitue un traitement efficace des algies post-traumatiques. Elle est utile dans les acroparesthésies douloureuses. Elle peut rendre des services dans certaines formes de polyarthrite chronique évolutive et peut être essayée dans la maladie de Dupuytren.

Diminution de l'alcoolisme à Paris. — MM. DECOURT et PLICHET. — Statistique du pavillon des agités de l'Hôpital Saint-Antoine de 1936 à 1944. — Les accidents nerveux dus à l'alcoolisme ont beaucoup diminué. Jusqu'à la guerre ils représentaient 43 à 48 % des admissions. Depuis le nombre des alcooliques s'est abaissé à 5 ou 6 %. D'autre part, le nombre des entrées s'est abaissé à près de moitié. La diminution du nombre des hospitalisés semble donc due avant tout à l'absence du contingent habituel des alcooliques.

A propos du traitement des affections staphylococciques par la pénicilline. — MM. DE GENNES et MAHOUDEAU. — Deux observations d'infections staphylococciques graves traitées par la pénicilline. Le 1er cas a trait à une femme de 52 ans atteinte d'un état septicémique grave, consécutif à des abcès corticaux du rein. Le 2e cas a trait à un médecin diabétique ancien atteint d'un énorme furoncle de la nuque avec décollement. Injections locales de pénicilline et guérison.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

SÉANCE DU 15 DÉCEMBRE 1944

Un cas de prolapsus récidivé chez une vierge. — M. GUILLOT relate le cas d'une vierge de 29 ans qui avait été opérée déjà deux fois pour cette affection. A la troisième, G. fut obligé de lui faire, malgré son âge, une hystéropexie abdominale après ligature et section des trompes. Bon résultat éloigné.

Luxation de l'articulation de Lisfranc. — M. PLANSON, à propos d'une lésion de ce genre, se demande si, vu la puissance du ligament de Lisfranc, la fracture de la base du 2e métatarsien, comme c'était le cas pour son malade, n'est pas indispensable pour permettre la luxation.

Gangrène intestinale par ascaridiose chez un enfant de 2 ans. — M. BOUROULLEC (de Lannion) enleva du grêle de cet enfant, obstrué près de la valvule iléo-cascale, un peloton de 95 ascaris. Il existait à 40 cent. plus haut une plaque de gangrène semblant due à un processus toxi-infectieux. Les ganglions mésentériques étaient très augmentés de volume.

Fractures traitées par la broche de Küntscher. — M. ROEDERER présente plusieurs radiographies de blessés chez lesquels cette méthode avait été employée.

Elections. — Sont élus : Président, M. ROEDERER; vice-président, M. LUQUET; secrétaire général, M. MASSART.

Sont élus membres titulaires : MM. J.-M. AUCLAIR, A. LE ROY, J. LEURET.

SOCIETE DE PEDIATRIE

SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE 1944

Présentation de trois frères atteints de maladie hémolytique. — M. HEUYER et Mme DAUPHIN présentent trois enfants de 10, 13 et 14 ans atteints tous trois d'anémie importante aux alentours de 2 millions de G.R. avec splénamégalie et ictère; les examens complémentaires confirment l'existence d'un syndrome hémolytique. Leur père est atteint d'une forme fruste de la même affection.

Ils insistent sur la mauvaise tolérance de la maladie qui entraîne une hypotrophie, très voisine chez un de ces enfants de la cachexie, et discutent des indications en pareil cas de la splénectomie.

Hermaphrodisme androgynoïde avec troubles du caractère. — MM. HEUYER, Mme DAUPHIN et M. LOUBRIEU présentent un enfant de 16 ans, de morphologie féminine, chez lequel on a constaté, à l'occasion d'une intervention chirurgicale pour hernie, l'absence d'utérus et d'ovaire et la présence de testicules ectopiques. Les organes génitaux externes sont nettement féminins. Depuis 1941, date à laquelle ces constatations ont été faites, s'est installée une hypotrophie de plus en plus marquée et on n'a vu apparaître aucun signe de puberté.

Certaines anomalies du comportement et du caractère, jointes à quelques caractères morphologiques, évoquent la masculinité et posent la question de l'opportunité d'une castration.

Etude anatomo-pathologique de l'oreille du nourrisson athrepsique. — M. CAUSSÉ a pratiqué l'étude microscopique des rochers de 11 nourrissons décédés au cours d'un syndrome athrepsique et de deux témoins. Il a trouvé dans les cas d'athrepsie des lésions auriculaires variées allant de l'otite la plus bénigne à la mastoïdite avec labyrinthite; les témoins présentaient également une suppuration auriculaire. Il en conclut que l'otite du nourrisson athrepsique n'est pas toujours compliquée de mastoïdite, que l'athrepsie n'est pas toujours sous la dépendance d'une otite et que l'antrotomie n'est pas toujours indiquée. Il reconnaît la difficulté de préciser l'indication opératoire et les dangers qui peuvent dans certains cas résulter de l'abstention thérapeutique.

Un cas d'érythroleucomyélose chez un enfant de 20 mois. — MM. LEVESQUE, PERROT et BRISSET rapportent l'observation d'un nourrisson de 20 mois qui fut atteint pendant 15 jours d'un syndrome infectieux indéterminé à la suite de quoi apparut un syndrome toxique d'acidose consécutif à la sulfamidothérapie. Ce n'est qu'à ce moment que plusieurs examens de sang et un médullogramme permirent de faire le diagnostic d'hémopathie. Les radiographies osseuses ne montrèrent aucune anomalie. La maladie évolua rapidement vers la mort.

Deux cas de myélose ostéo-malacique à symptomatologie pseudo-paralytique. — MM. LEVESQUE, PERROT et BESWILWALD rapportent ces deux cas observés chez des enfants de 3 à 7 ans : pendant longtemps la marche fut impossible sans qu'il existe aucun signe neurologique ou osseux, à tel point que fut posé le diagnostic de pithiatisme. Ce n'est que très tardivement que l'on pensa à une affection sanguine dont l'existence fut confirmée par des examens de sang.

Pneumothorax spontané chez un nourrisson de 2 mois et demi. — M. LAMY, Mlle JAMMET et M. CAMUS rapportent l'histoire d'un petit nourrisson atteint d'abcès fistulisé à staphylocoques du menton chez qui apparut brusquement un pneumothorax compliqué d'un petit épanchement purulent à staphylocoques; la mort survint 48 heures plus tard. A l'autopsie, il existait un pyopneumothorax gauche et de nombreux microabcès disséminés dans les deux poumons et semblant consécutifs à des embolies bronchiques.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

18 *octobre*. — M. LOYEAU. — Etude des signes pyramidaux irritatifs et déficitaires.

Mme LOYEAU. — Le syndrome de Guillain-Barré. Ses rapports avec la polyomyélite.

M. GUIOT. — Le schéma évolutif des compressions médullaires.

M. DESMOND. — A propos de la fréquence actuelle des ulcères gastro-duodénaux.

19 *octobre*. — M. GIOAN. — Contribution à l'étude des parotidites et des sous-maxillites d'origine réflexe.

M. CAPRON. — Fièvre typhoïde et tuberculose.

30 *octobre*. — M. TOUCHARD. — Relations entre les troubles du métabolisme de l'eau et les modifications de la tension artérielle dans les néphrites aiguës.

M. RAYNAUD. — Des problèmes techniques posés par l'exérèse large des tumeurs du squelette thoracique.

Mlle LABARRE. — De l'intoxication par l'alcool méthylique.

Mme FOUCAUD. — Le traitement de l'épilepsie par les dérivés hydantoïniques.

M. THIBAUX. — Traitement des lésions traumatiques du membre inférieur et du bassin par un nouvel appareil d'extension continue.

8 *novembre*. — M. FROUSSIS. — La sulfamidorésistance observée actuellement dans le traitement de la blennorragie.

M. GADRAS. — Infections graves à la suite de manœuvres abortives intra-utérines sans atteinte ni expulsion de l'œuf.

M. CARDIN. — Contribution à l'étude de la fermeture des orifices de trachéotomie.

M. AURÉGAN. — L'opération de Hartmann. Résection intrasigmoïdienne par voie abdominale.

15 *novembre*. — M. DUCHY. — Les intoxications par l'acide cyanhydrique.

M. CATTA. — Traitement des cavernes tuberculeuses du sommet pulmonaire chez l'adulte.

M. LAROCHE. — Traitement des gingivo-stomatites.

M. H. PHILIPPE. — La vaccination antituberculeuse.

M. LAIR. — Flaubert ou le dilettantisme médical.

M. PARIS. — Les syndromes de rigidité du vieillard.

16 *novembre*. — M. HUGUET. — Des troubles cochléo-vestibulaires au cours des tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux.

24 *novembre*. — M. COLLOT. — Le service de santé dans la résistance. (La bataille de Paris dans le quartier latin).

M. DARBORD. — A propos d'un cas de spondylo-typhus.

M. MATHIEU. — Dystocie par rein ectopique pelvien.

M. BERNARDI. — De l'éventration diaphragmatique secondaire à une anomalie de la face convexe du foie.

M. DESCROZAILLES. — Pathologie du nerf dentaire inférieur.

M. PERRIER. — De l'assainissement communal dans les zones de repliement.

29 *novembre*. — M. SMAGGHE. — Les leucoses lympathiques pures.

M. LECHEVALIER. — Des intoxications par le bromure de méthyle.

M. VINCENT. — Les bruits industriels.

M. GRABOIS. — L'expertise médicale en droit commun. Des moyens de révision.

Mme PARISSEL. — A propos des colonies scolaires médicales des enfants des villes.

Mlle UHRY. — De l'énurésie essentielle et de sa fréquence actuelle. Quelques essais de psychothérapie.

M. MOREAU. — A propos de six cas de staphylococcie maligne de la face traités par l'iodo-sulfamidothérapie.

30 *novembre*. — M. DANPLEIX. — Des fractures de la mastoïde.

M. BONAUD. — De la technique de la résection des côtes cervicales.

M. KIRCHEN. — La pénicilline. Aperçu biochimique, pharmacologique et thérapeutique.

6 *décembre*. — M. SASSIER. — De la méthode scientifique de l'esprit médical.

Mlle GRANIER. — Les réactions cardiaques dans l'hypertension artérielle.

THESES VETERINAIRES

24 *novembre*. — Mlle MERLIN. — Les laits mouillés et les laits anormaux.

28 *novembre*. — M. JEOFFROY. — Insuline et aninsuline. Contribution à l'étude des propriétés de l'aninsuline.

29 *novembre*. — M. GAYOT. — Du diagnostic de la peste porcine et de sa prévention en Afrique du Nord française.

12 *décembre*. — M. ORIOT. — L'indigestion du feuillet.

M. POUGET. — La strongylose gastro-intestinale du mouton et de la chèvre.

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DU FOIE

FORMES CLINIQUES ET DIAGNOSTIC

Nous étudierons successivement :

I. — Les *épithéliomas primitifs*, dont le type est l'*épithélioma massif*, développés aux dépens de la cellule hépatique, le plus souvent du type trabéculaire.

— A sa description, nous ajouterons celle de formes plus rares :

— *Adéno-cancer avec cirrhose.*

— *Adénome solitaire à transformation maligne.*

II. — Les *épithéliomas secondaires*, habituellement nodulaires, et à l'image de la tumeur originelle.

III. — *Les sarcomes : primitifs* développés aux dépens du tissu conjonctif de la glande, exceptionnels,

ou *secondaires.*

I. — ÉPITHÉLIOMAS PRIMITIFS

— ÉPITHÉLIOMA PRIMITIF MASSIF.

Terrain. — Très rare, il survient en règle chez un sujet de 50 ans environ, un peu plus souvent chez une femme.

— Souvent sans passé digestif.

— Parfois ancien paludéen, lithiasique, ou surtout éthylique qui :

Vient consulter pour deux ordres de troubles qui doivent donner l'éveil :

1° *Troubles digestifs*, et avant tout :

— *Anorexie* progressive, d'abord élective pour la viande et les graisses, bientôt totale, absolue, rebelle;

— s'accompagnant de troubles dyspeptiques d'apparence banale :

digestions lourdes avec météorisme post-prandial ;
langue saburrale, haleine fétide, nausées ;
constipation parfois entrecoupée de diarrhée.

2° *Troubles généraux*, faits de l'association :

— d'un *amaigrissement*
précoce (souvent le premier signe),
rapide (plusieurs kilogs par semaine),
vite considérable (véritable fonte musculaire) ;

— d'une *asthénie* extrême;

— d'une *anémie* intense, avec décoloration des muqueuses, teint pâle, blafard, véritable teint de leucémique;

— parfois d'une hyperthermie aux environs de 38°, ou au contraire d'une hypothermie (36° le matin — 37° le soir).

L'examen montre un fait essentiel, l'existence d'une *hépatomégalie massive*, dont les caractères dominent la symptomatologie de l'affection :

1° *Elle se voit :* venant distendre l'hypocondre droit, et évaser la base de l'hémithorax, dont les dernières côtes sont ainsi déjetées en dehors.

2° *Elle se percute*, et on délimite le bord supérieur de la glande remonté parfois dans le 3e, voir le 2e espace.

3° *Elle se palpe* surtout, et on délimite ainsi le bord inférieur, devenu mousse, très bas, au niveau de l'ombilic, parfois plus bas encore, en pleine fosse iliaque, au niveau des crêtes iliaques.

Au total, le foie apparaît *énorme*, volumineux dans son ensemble, augmenté selon tous ses diamètres : en avant on le sent littéralement sous la main; en arrière il redresse les fausses côtes. La forme générale de la glande est conservée.

D'autre part, cette hépatomégalie apparaît d'une :

— *Dureté ligneuse*, partout égale;

— *Régulière*, absolument lisse;

— *Indolente*, même à la palpation profonde;

— *Immobile*, ne s'abaissant plus lors des inspirations profondes, impossible à relever en accrochant le bord inférieur. Le foie est bloqué, fixé par sa masse dans le gril costal où il s'incruste.

4° Elle apparaît enfin *radiologiquement* comme une énorme ombre abdominale, venant surélever la coupole diaphragmatique droite.

— Le reste de l'examen montre qu'il s'agit enfin d'une hépatomégalie *monosymptomatique*, ne s'accompagnant

— ni d'ascite,

— ni de grosse rate,

— ni d'ictère,

— ni de circulation collatérale.

Au total,

L'apparition soudaine, chez un sujet de 50 ans, de troubles digestifs d'apparence banale mais associés à des troubles généraux très rapidement alarmants, et à une énorme hépatomégalie


VITAMINE B1
aneurine cristallisée
BÉNERVA
"ROCHE"
TOUTES LES HYPOVITAMINOSES B1
POLYNÉVRITES · NÉVRITES · ALGIES
TROUBLES CARDIO-VASCULAIRES
AUTO-INTOXICATIONS · ZONA
TRAITEMENT DES AFFECTIONS NEUROLOGIQUES
DOSAGE NORMAL
Ampoules de 1cc. dosées à 2 milligrammes
Boite de 6
1 ampoule tous les jours ou tous les 2 jours et plus (voie sous-cutanée)
AMPOULES
DOSAGE FORT
Ampoules de 1cc dosées à 10 milligrammes
Boite de 3
ampoules tous les 2 ou 3 jours et plus (voie sous-cutanée)
COMPRIMÉS
dosés à 1 milligramme
Flacon de 20
1 à 4 comprimés par jour selon les cas.
Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie 10, Rue Crillon . PARIS (8e)


VITAMINE A
NATURELLE
des huiles de foie de poisson
FLÉTASE
1 cc = 25.000 UNITÉS INTERNATIONALES DE VITAMINE A
1 goutte = 1.000 UNITÉS INTERNATIONALES DE VITAMINE A
flacons de 10 cc
RETARDS DE CROISSANCE
ANÉMIES • HYPOTONIE
AMAIGRISSEMENT
GROSSESSE • LACTATION
CONVALESCENCES
RÉSISTANCE AUX INFECTIONS
SPECIA
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHONE
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS (8e)


HYPERCHLORHYDRIE
DYSPEPSIES NERVEUSES
Toutes gastralgies
KAOBROL
2 { Formules Formes
SIMPLE ou BELLADONÉ
TABLETTES ou POUDRE
Laboratoires J. LAROZE 54 rue de Paris Charenton (Seine)


HÉPATISME
ARTHRITISME
Cure de décholestérinisation
DECHOLESTROL
1 PAQUET douze jours par mois
matin et soir avant les repas
dans un demi verre d'eau

isolée, devra faire envisager avec force le diagnostic de cancer du foie.

La preuve en reste des plus difficiles à faire. En effet, il ne faut pas compter sur les :

Examens complémentaires :

— les urines contiennent souvent un peu d'urobiline, sans bilirubine;

— la numération globulaire précise l'anémie, aux environs de 2.000.000 avec abaissement de la valeur globulaire et leucocytose polynucléaire;

— très longtemps, et de façon paradoxale, les épreuves fonctionnelles hépatiques révèlent un fonctionnement glandulaire pratiquement normal;

— enfin, étant donné la rareté du cancer primitif, on fera toujours un examen radiologique complet du tube digestif pour éliminer une tumeur primitive ayant donné une métastase hépatique.

En fait, le diagnostic est avant tout un diagnostic d'évolution : très rapidement, en effet, on assiste à :

1° *l'aggravation de l'état général :*

— la cachexie devient impressionnante : il n'y a pas d'exemple de cachexie aussi rapide. Maladie cachectisante par excellence (Hanot). Cachexie à évolution galopante (Boulin);

— l'asthénie empêche le plus minime effort. Elle est à la fois physique et psychique;

— l'anémie est considérable, avec hypotension, parfois souffles cardiaques. Elle prend parfois le type pernicieux;

2° *l'hépatomégalie* se développe avec une extraordinaire rapidité. C'est l'hépatomégalie la plus volumineuse et la plus vite évolutive : de semaine en semaine, le bord inférieur du foie s'abaisse de plusieurs centimètres, comme le montrent des calques successifs. Bientôt le foie dépasse la ligne médiane, emplissant tout le ventre;

3° *les troubles digestifs* s'accentuent : vomissements parfois incoercibles; diarrhée abondante, fétide, graisseuse, avec des selles de plus en plus décolorées.

De nouveaux signes apparaissent :

— Dyspnée d'origine à la fois mécanique et anémique.

— Œdèmes blancs, mous, des membres inférieurs et du tronc, avec abaissement de la sérine.

4° Et en quelques mois (3 à 6), inexorablement, c'est *la mort*, dans la cachexie, et le coma hépatique, parfois hâtée par l'apparition :

— d'un ictère grave terminal avec hémorragies profuses parfois;

— ou d'une infection secondaire : pulmonaire, phlébite, escarres.

La mort survient en règle avant l'apparition de métastases.

Formes cliniques du cancer primitif massif :

— On peut selon la prédominance de tel ou tel symptôme multiplier à l'infini les formes cliniques de cet épithélioma primitif massif. Nous insisterons sur deux d'entre elles :

— *Les formes fébriles :* la fièvre, fréquente on l'a vu, peut dominer la scène clinique. Elle peut revêtir tous les types : continue, intermittente, rémittente, pseudo-palustre. Certes, elle s'accompagne d'une hépatomégalie qui doit orienter le diagnostic. Cependant on conçoit les difficultés diagnostiques avec les hépatites amibiennes, paludéennes, les abcès hépatiques.

De ces formes fébriles on peut rapprocher les formes aiguës apanage des jeunes, hautement fébriles et douloureuses par suite de la brusque distension de la glande, et évoluant en quelques semaines vers la mort.

— *Les formes anémiques*, dont le tableau est typiquement celui d'une anémie pernicieuse cryptogénétique, et où seule l'hépatomégalie fera le diagnostic.

Adéno-cancer avec cirrhose

Il ne se rencontre que dans le sexe masculin. Il convient de distinguer deux éventualités cliniques :

1° *Le cancer se développe chez un cirrhotique*, qui présente tous les signes habituels de la cirrhose alcoolique banale avec hypertension portale. Il se traduit alors par une brusque modification des signes cliniques :

— l'ascite se reproduit avec une extrême rapidité après ponction ;

— l'état général brusquement s'altère;

— des hémorragies multiples apparaissent;

— le foie grossit et devient irrégulier.

2° *Cancer et cirrhose se développent simultanément.*

C'est alors un tableau clinique assez particulier, fait de l'association de troubles digestifs et généraux, comme dans le cancer massif, avec cependant deux points bien particuliers :

— une note hémorragique;

— une hépatomégalie moins importante, et moins rapide que dans le cancer massif, avec même des phases de diminution de la glande, quand le processus de sclérose l'emporte sur le processus constructif néoplasique.

Le foie est d'autre part inégalement dur (zones abcédées), douloureux et souvent irrégulier, bosselé.

Enfin existent des signes de cirrhose :

ascite précoce et abondante;
circulation collatérale;
ictère;
splénomégalie.

L'évolution elle aussi est assez spéciale :

par sa rapidité : 2 à 3 mois;
par l'intensité de l'insuffisance hépatique;
par la possibilité de métastases (pulmonaires et osseuses surtout).

En fait, diagnostic très difficile que seule l'autopsie permettra d'affirmer.

Adénome solitaire a transformation maligne

Il évolue en deux stades :

— *un stade d'adénome simple*, stade chirurgical de l'affection, durant des années, où l'affection est résumée par une grosse masse abdominale saillante, arrondie, sessile ou pédiculée et alors plus ou moins facilement rattachée au foie;

— *un stade de transformation maligne*, où l'on voit brusquement la masse grossir, durcir, l'état général décliner rapidement, et l'évolution se faire vers la mort inexorablement.

— Epithélioma primitif nodulaire : absolument exceptionnel, il se traduit par une hépatomégalie semblable à celle du néo-secondaire, mais moins rapidement évolutive que celle du néo-primitif (8 mois). On a pu en décrire de nombreuses variétés cliniques : marastique — douloureuse — fébrile — ictérique — à type d'abcès.

II. — Epithélioma secondaire nodulaire

— Infiniment plus fréquent que l'épithélioma primitif (5 à 8 fois selon les statistiques), il est en règle métastatique, par voie portale, d'un cancer digestif, et avant tout de la petite courbure ou du rectum.

— Ses *circonstances de découverte* diffèrent essentiellement selon que le cancer originel est connu ou non :

1° *Dans le premier cas*, il peut s'agir :

— D'une découverte d'examen pré-opératoire chez un malade atteint d'un néo-gastrique ou intestinal par exemple. Il représente alors évidemment une contre-indication opératoire absolue.

— D'une surprise opératoire. C'est là une éventualité fréquente (cancer en tache de bougie) expliquant l'intérêt de la laparotomie exploratrice.

— D'une hépatomégalie apparaissant chez un malade opéré parfois plusieurs années auparavant, d'un néo-digestif.

— D'une complication tardive d'un néo-digestif inopérable pour d'autres raisons.

Dans tous ces cas, le diagnostic en est évident.

2° *Dans le second cas*, le cancer primitif est méconnu. C'est avant tout un problème diagnostique qui se pose.

Troubles amenant le malade à consulter :

— Là encore l'attention est souvent attirée, chez un malade d'une cinquantaine d'années, par l'apparition de troubles digestifs ou d'une altération rapide et progressive de l'état général. Ces signes étant d'ailleurs autant sous la dépendance du cancer originel que de sa métastase.

— Par contre, un signe peut d'emblée attirer l'attention vers le foie : l'existence de

Douleurs, — expliquées par la périhépatite,

— siégeant à l'hypocondre droit,

— parfois en ceinture,

— ou à type de point de côté pleural,

— ou irradiant vers l'épaule droite, à type de colique hépatique,

— sourdes et continues, avec souvent des exacerbations à type de névralgies phréniques s'accompagnant parfois de dyspnée et de hoquet.

L'examen ici encore met en évidence le fait essentiel : l'*hépatomégalie :*

— *A l'inspection*, l'hypocondre droit apparaît parfois encore déformé, mais moins que dans le cancer primitif.

— *La palpation* révèle encore les caractères de dureté et d'immobilité de cette hépatomégalie. En fait, elle est essentiellement différente de celle du néo-primitif :

— Elle est d'abord *moins importante :* le bord supérieur est en place normale — la glande s'accroît moins vite, et n'atteint jamais les dimensions de l'hématomégalie primitive.

— Elle est nettement *douloureuse* au palper.

— Elle est *moins dure*, et inégalement dure, et même de consistance molle par places.

— Surtout elle est *irrégulière*, et la palpation — la paroi abdominale étant en relâchement musculaire — met en évidence au niveau de la face antérieure des nodosités lisses, convexes, arrondies, dures ou ramollies, de volume variable (grain de mil à œuf), uniques, peu nombreuses, ou multiples, et alors inégalement réparties, parfois conglomérées en une seule masse.

Au niveau du bord inférieur, l'existence de nodosités donne un contour irrégulier, déchiqueté.

— Au total, c'est cette irrégularité, cet aspect marroné, qui confère à l'hépatomégalie du cancer secondaire toute son individualité.

Mais parfois cette irrégularité n'est pas aussi évidente, et la petite taille des nodosités, ou leur confluence en une seule masse, ou encore leur situation sur le lobe gauche, en arrière, ou en pleine glande avec affleurement en tache de bougie à la surface, peut rendre leur perception impossible.

— *Le reste de l'examen* montre parfois :

une rate un peu augmentée de volume;

une réaction de la base droite : soit frottements de pleurésie sèche, soit même matité liquidienne.

— *Les examens complémentaires* ne révèlent pas en règle de :

— signes nets d'insuffisance hépatique;

— par contre, on a pu, par injection intra-veineuse de thorostrat, mettre en évidence la zone tumorale, au niveau de laquelle les cellules de Kupffer détruites ne fixent plus le produit.

— Surtout, on s'efforcera en multipliant les examens cliniques et paracliniques, de trouver le cancer originel. On explorera avant tout le tube digestif du haut en bas, et plus particulièrement la petite courbure de l'estomac, et le rectum, mais on pensera aussi à la possibilité d'un néo-primitif pancréatique, des voies biliaires, thyroïdien, prostatique, rénal, ovarien, testiculaire, en retenant le contraste fréquent entre la taille souvent minime du néo-primitif et l'énormité de sa métastase hépatique.

Evolution :

Ici encore, elle est fatale, en 4 à 6 mois, par cachexie progressive, et insuffisance hépatique aiguë terminale.

Mais, souvent, l'apparition de deux symptômes particuliers lui donne une allure spéciale :

L'ictère et l'ascite, qui peuvent d'ailleurs apparaître dès le début de la maladie et en constituer le symptôme dominant.

— *L'ictère* a le type des ictères néoplasiques chroniques, par rétention, avec leur progressivité.

— *L'ascite* peut être hémorragique, et évocatrice d'une néoplasie causale. Elle relève alors d'une métastase péritonéale ou d'une propagation à la veine porte. Plus souvent, elle est sérofibrineuse, par périhépatite. Parfois elle est séreuse, par compression portale.

Dans les deux cas, c'est l'apparition d'un ictère, ou d'une ascite chez un homme de 50 ans, sans passé lithiasique ou éthylique qui doit éveiller l'attention.

III. — Sarcomes

Ils sont exceptionnels, et ne se rencontrent que chez les sujets jeunes.

— *Chez l'enfant :*

— *le sarcome primitif* est une exception rarissime;

— *les sarcomes secondaires* sont un peu moins rares.

Ils compliquent le plus souvent un ostéosarcome, ou un sarcome du rein.

Cliniquement, c'est le tableau d'une volumineuse ascite avec circulation collatérale, et hépatomégalie considérable, irrégulière, et très rapidement croissante.

La mort se fait à bref délai dans la cachexie.

— *Chez l'adulte jeune*, il s'agit le plus souvent d'un sarcome secondaire : sarcome mélanique.

Cliniquement il réalise le tableau d'un gros foie lisse, régulier avec état cachectique.

Le diagnostic se base sur la coexistence :

— d'adénopathies multiples;

— de mélanurie : les urines noircissent à l'air, ou par addition d'acide nitrique nitreux;

— d'une tumeur mélanique de l'œil (choroïde surtout) ou de la peau (nævus pigmentaire) parfois récemment opérée.

La mort survient inexorablement en 1 à 2 mois.

Diagnostic

C'est le diagnostic des gros foies.

— *Diagnostic de l'épithélioma primitif massif :*

1° C'est d'abord le diagnostic d'une hépatomégalie, et on commencera par éliminer, avec certaines difficultés parfois, un gros rein, une tumeur d'origine surrénalienne, ou colique, et surtout une forme tumorale de néo-gastrique, ou un cancer de la vésicule biliaire.

2° C'est ensuite, et surtout, le diagnostic d'un gros foie dur et régulier. Etant donné le pronostic fatal du cancer, on ne retiendra ce diagnostic qu'après avoir éliminé absolument :

— *les hépatomégalies cirrhotiques :*

— non pas les cirrhoses ascitiques avec signes d'hypertension portale;

— ou même la cirrhose hypertrophique anascitique de Gilbert, toujours associée à une splénomégalie, et altérant peu l'état général;

— mais les *cirrhoses malignes*, surtout celle de Gilbert, Garnier et Castaigne, où s'associent une hépatomégalie dure et lisse,

sans splénomégalie nette, et une altération impressionnante et progressive de l'état général. Le foie y est moins dur, moins vite progressif que dans le néo : ce ne sont que des nuances. Quant à l'étiologie éthylique, elle n'est ni constante, ni incompatible avec un néo. Cependant les signes d'insuffisance hépatique sont là constants et intenses;

— *le foie cardiaque*, surtout dans les formes d'*asystolie hépatique pure*, est souvent difficile à diagnostiquer.

Cependant le caractère éminemment douloureux de l'hépatomégalie devra attirer l'attention, et faire rechercher des signes discrets de défaillance cardiaque : dyspnée d'effort, cyanose légère, tachycardie, venant témoigner d'une lésion mitrale, d'une symphyse, d'une hypertension jusque là méconnues. Et au moindre doute, on aura recours au traitement digitalique d'épreuve;

— *les hépatomégalies parasitaires :*

— paludéenne : mais anamnèse;

— *hydatique*, surtout en cas de *gros kyste central*, mais en règle l'état général est bien conservé, et on pratiquera les épreuves biologiques habituelles;

— *amibienne* surtout, et essentiellement dans les formes autochtones chroniques. La fièvre et la leucocytose peuvent manquer dans l'amibiase et se voir dans le cancer. Valeur certes de l'examen des selles, des antécédents, de la douleur hépatique. En dernier ressort, valeur beaucoup plus absolue du traitement émétinien d'épreuve;

— *la spécificité hépatique* peut simuler le néo dans ses formes à gros foie régulier, s'accompagnant d'une atteinte importante de l'état général.

Mais il existe en règle une grosse rate, des signes rénaux, des stigmates de syphilis associés. Surtout le traitement anti-syphilitique d'épreuve a des effets qui ne laissent subsister aucun doute, s'il s'agit de spécificité. C'est dire la facilité avec laquelle on le mettra en œuvre.

— Enfin les :

— *hépatites graisseuses tuberculeuses*, survenant chez des tuberculeux avérés;

— *l'amylose hépatique*, accompagnée habituellement d'albuminurie massive, avec diarrhée, et splénomégalie, secondaire à une suppuration prolongée, ou à une affection chronique syphilitique ou tuberculeuse;

— le *gros foie leucémique* associé à une splénomégalie, et à une formule sanguine caractéristique sont en règle faciles à éliminer.

En conclusion, on envisage le diagnostic de cancer du foie devant une hépatomégalie progressive et cachectisante.

On ne retient ce diagnostic qu'après avoir éliminé toute autre étiologie, et avoir eu recours, en cas de doute, au traitement d'épreuve tonicardiaque, émétinien ou spécifique.

Seule d'ailleurs l'évolution progressive et fatale des signes tant locaux que généraux affirmera le diagnostic.

Enfin, étant donné la rareté du cancer primitif, on recherchera toujours avec obstination une néoplasie originelle, et plus spécialement dans le territoire de la veine porte.

— *Diagnostic de l'épithélioma secondaire nodulaire :* c'est le diagnostic d'un gros foie irrégulier, qui sera discuté :

— *la syphilis scléro-gommeuse du foie*,

non pas quand elle réalise l'aspect si évocateur du foie ficelé,

mais dans les formes surtout gommeuses, où les gommes simulent les nodosités néoplasiques.

Ici encore la splénomégalie, les signes rénaux, les examens sérologiques, enfin le traitement d'épreuve feront le diagnostic;

— *les kystes hydatiques multiples* évoquent au premier examen le cancer nodulaire. En fait, leur consistance, la bonne conservation de l'état général, les épreuves biologiques, feront la discrimination;

— *le cancer de la vésicule biliaire* a la même dureté ligneuse que le néo-hépatique, mais tranche par sa dureté avec la consistance normale de la glande. Au reste, il se complique vite de métastase hépatique;

— *dans les formes ictériques*, c'est le diagnostic des ictères chroniques par rétention, et avant tout néoplasiques de la tête du pancréas, au cours desquels se voient d'ailleurs des métastases hépatiques;

— enfin *dans les formes ascitiques* se pose le diagnostic des cirrhoses ascitiques.

Roger Périer.

INFORMATIONS

(*Suite de la page 18*)

31 mai : L'hypoprotidémie, MM. Guy Laroche, Lœper et Trémolières. — 28 juin : Les aorto-myocardites, MM. Heim de Balsac, Mouquin et Soulié.

Institut régional de puériculture et d'hygiène scolaire de Bordeaux et du Sud-Ouest. — Cet enseignement est réservé aux docteurs en médecine et aux étudiants en fin de scolarité. Il comprend deux sections : puériculture anténatale (janvier - février-mars), puériculture postnatale (avril-mai-juin-juillet).

Il comporte des cours théoriques, des travaux pratiques, des stages dans des services hospitaliers d'accouchement et de puériculture, ainsi que dans des consultations privées anté et post-natales, des visites dans différentes œuvres sociales de protection maternelle et infantile.

A l'issue de ces deux séries de cours, sera délivré un certificat qui pourra ultérieurement servir à des praticiens en vue de leur désignation comme médecins rétribués des consultations prénatales et des consultations de nourrissons organisées dans le département.

Droit d'inscription à chaque série de cours : 100 francs.

Inscriptions au Centre de Protection de l'Enfance, hôpital des Enfants, 168, cours de l'Argonne, Bordeaux.

Conférences de la Croix violette (Ligue nationale de propagande pour la santé bucco-dentaire), salle des Sociétés savantes, rue Danton.

Mercredi 20 janvier 1945, à 20 h. 30 : La psycho-propagande ou essais de base scientifique pour la propagande, par Jacques Guinat.

Mercredi 21 février 1945, à 20 h. 30 : Essais d'une leçon type pour la santé bucco-dentaire, par Jacques Guinat.

Les mercredis 7, 14 et 28 mars 1945, à 20 h. 30 : « La sanalogie » ou la nouvelle philosophie des sciences de la santé, par Jacques Guinat.

Nécrologie

Le Dr Robert Friedmann, médecin de l'hôpital Rothschild, médecin lieutenant des F. F. I. Lyon, 6 octobre 1944.

— Le Dr Pierre Blanckaert, d'Oye-Plage.

— Le Dr Desurmont, à Tourcoing.

— Le Dr Th. Willemetz, à Hénin-Liétard.

— Lucien Lucas, étudiant en médecine à Lille, F. F. I., mort pour la France.

Le Dr Louis Legroux, ancien interne des hôpitaux de Paris (1899), médecin inspecteur des Ecoles, expert près les Tribunaux, décédé à Paris.

— Le Dr Gouguet de Girac, ancien interne des hôpitaux de Paris (1910), ancien chirurgien de l'hôpital de Montmorency.

— Le Dr Georges Boileau (de Paris).

LIVRES NOUVEAUX

Traumatismes. Etude statistique d'après 10.000 cas. La maladie traumatique locale. MM. Huguier et Chatelin. Gauthier-Villars, 1944, 197 pages.

C'est une tâche ingrate, mais fructueuse, qu'ont effectué les auteurs de cette monographie qui est basée sur l'étude des dossiers du Syndicat général du bâtiment. Il est impossible de résumer en quelques lignes les renseignements précieux que l'on pourra tirer de l'étude des statistiques et des tableaux que renferme cet ouvrage ; en rassemblant tous les dossiers sans exception, en comparant les séquelles de divers traumatismes, en appréciant par les pourcentages d'expertises les résultats réellement définitifs, on peut juger des effets des différents traitements utilisés en présence de ces lésions diverses. Il y a là un guide précieux à consulter pour tous ceux qui s'intéressent à la traumatologie.

P. L.

Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VII[e]) Dépôt légal. — 1945. — 1[er] Trimestre. — N° 1. — Le Gérant : F. Le Sourd

N° 3. — 1er FEVRIER 1945 118e ANNEE Ce numéro : 4 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 100 fr. Etudiants, 50 fr.; Etranger, 150 et 180 fr. Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Mutations et titularisations. — MÉDECINS : A Boucicaut (remplacement de M. le Dr Tinel, atteint par la limite d'âge), M. le Dr Waissmann Netter, médecin chef de service des hôpitaux.

A Laennec (remplacement de M. le Dr Louis Ramond, atteint par la limite d'âge), M. le Dr Léchelle, de l'hôpital Laennec (mutation intérieure).

A Laennec (remplacement de M. le Dr Léchelle), M. le Dr Gutmann.

A Saint-Antoine (remplacement de M. le Dr Jacquet, décédé), M. le Dr Mouquin, de l'hôpital Saint-Antoine (mutation intérieure).

A la Salpêtrière, service des tuberculeux (remplacement de M. le Dr Salles, médecin des hôpitaux), M. le Dr Benda.

A Broussais, service des tuberculeux (en remplacement de M. le Dr Poumailloux), M. le Dr Salles, médecin des hôpitaux, délégué dans les fonctions de chef de service.

A Debrousse (remplacement de M. le Dr Facquet), M. le Dr Boltanski.

A Sainte-Périne, M. le Dr Cachera, titularisé.

A Créteil, en détachement, M. le Dr Escalier.

A Neuilly, en détachement, M. le Dr de Brun du Bois Noir.

Aux Ménages (remplacement pour 1945 de M. le Dr Brodin), M. le Dr Layani.

A l'hôpital temporaire de la Cité Universitaire (réouverture du 6e service), M. le Dr Cattan (remplacé jusqu'à son retour par M. le Dr Poumailloux).

A Boucicaut (jusqu'au retour de M. le Dr Bourgeois), M. le Dr Even, médecin des hôpitaux.

CONSULTATIONS GÉNÉRALES : Hôtel-Dieu, M. Derot ; Saint-Antoine, M. Hillemand ; Enfants-Malades, M. Kaplan ; Bretonneau, Mme Roudinesco ; Trousseau, M. Fouquet ; Laennec, M. Albot ; Hérold, M. Laplane ; Tenon, M. Facquet ; Broca, M. Degos.

CONSULTATION ANTIVÉNÉRIENNE DU SOIR : Ambroise-Paré-Boileau, M. Bolgert.

LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE DE SECTEUR : Boucicaut, M. Debray.

CHIRURGIENS : A Laennec (remplacement de M. le Dr Girode, décédé), M. le Dr Raoul Monod, de l'hôpital Saint-Louis.

A Saint-Louis (remplacement de M. le Dr Raoul Monod), M. le Dr Leibovici.

A Bichat (remplacement de M. le Dr Wilmoth, décédé), M. le Dr Ameline, de l'hospice d'Ivry.

A Ivry (remplacement de M. le Dr Ameline), M. le Dr Welti.

CONSULTATIONS GÉNÉRALES : Saint-Antoine, M. Funck-Brentano; Bichat, M. Boudreaux; Saint-Louis, M. Rouhier, chirurgien honoraire ; Tenon, M. Deniker, chirurgien honoraire ; Necker, M. Küss, chirurgien honoraire ; Broussais, M. Bréchot, chirurgien honoraire.

ELECTRO-RADIOLOGISTES DES HÔPITAUX : A la Salpêtrière (remplacement de M. le Dr Ledoux-Lebard, atteint par la limite d'âge), M. le Dr Gally, de l'hôpital de Vaugirard.

A Vaugirard (remplacement de M. le Dr Gally), M. le Dr Foubert, de l'hôpital de Neuilly.

A Neuilly (remplacement de M. le Dr Foubert), M. le Dr Lebouchard, électro-radiologiste des hôpitaux, délégué dans les fonctions de chef de service.

A Trousseau (remplacement de M. le Dr Thibonneau, atteint par la limite d'âge), M. le Dr Beau.

A Baudelocque (remplacement de M. le Dr Petit, atteint par la limite d'âge), M. le Dr Busy, de l'hospice d'Ivry.

A Ivry (remplacement de M. le Dr Busy), M. le Dr Codet.

AFFECTATIONS N'ENTRAÎNANT PAS TITULARISATION : Claude-Bernard, M. Liquier ; Hôpital temporaire de la Cité Universitaire, M. Delapchier.

GYNÉCOLOGUES ACCOUCHEURS : M. le professeur Lantuéjoul est affecté à la clinique Tarnier.

M. le professeur Portes, de la clinique Baudelocque, passe à la Maternité, en remplacement de M. le Dr Metzger, décédé.

M. le professeur Levy-Solal, de l'hôpital Saint-Antoine, passe à la clinique Baudelocque, en remplacement de M. le professeur Portes.

M. le Dr Lacomme, de l'hôpital Tenon, passe à l'hôpital Saint-Antoine, en remplacement de M. le professeur Levy-Solal.

M. le Dr Digonnet (titularisé), est affecté à l'hôpital Tenon, en remplacement de M. le Dr Lacomme.

M. le Dr Ecalle, de l'hôpital Bretonneau, passe à l'hôpital Boucicaut (réouverture de la maternité).

M. le Dr Sureau (titularisé), est affecté à l'hôpital Bretonneau, en remplacement de M. le Dr Ecalle.

Education nationale

Nomination. — M. Jean Bayet, professeur à la Faculté des Lettres de Paris, est délégué dans les fonctions de directeur général de l'enseignement au ministère de l'Education nationale.

M. Frédéric Joliot, professeur au Collège de France, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, est nommé directeur du Centre national de la recherche scientifique.

La rentrée de l'Université

Le 22 janvier a eu lieu la rentrée solennelle de l'Université de Paris. La cérémonie s'est déroulée dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, en présence du corps diplomatique, de M. Capitant, ministre de l'Education Nationale, de M. Raoul Dautry, ministre de la Reconstruction Nationale et de M. Billoux, ministre de la Santé Publique.

Le général de Gaulle, président du gouvernement provisoire de la République, avait accepté la présidence de cette cérémonie traditionnelle qui revêtait cette année un éclat particulier : C'était, en effet, la rentrée de la Résistance Universitaire.

M. le recteur Roussy salua le général de Gaulle au nom de l'Université qui, dès juillet 1940, crut à ses promesses et se rangea résolument à ses côtés. M. le recteur Roussy qui fut l'un des premiers intellectuels résistants, exprima au général de Gaulle l'infinie reconnaissance de l'Université de Paris.

Des adresses au général de Gaulle furent lues, puis le Chef du gouvernement se leva, au milieu d'une ovation indescriptible, pour dire sa foi dans la France, dans ceux qui forment et qui dirigent les esprits, au premier rang la noble Université de Paris.

Facultés de médecine

Election des Doyens. — Aux termes de la circulaire aux recteurs du 19 octobre 1944, confirmée par une ordonnance du 20 novembre 1944, les doyens, assesseurs des Facultés, chefs d'établissements et délégués aux conseils des Universités devaient cesser leurs fonctions à compter du 31 décembre 1944. De nouvelles élections ont eut lieu. Ces nominations ne sont faites qu'à titre provisoire et les intéressés n'exerceront leurs fonctions que jusqu'à une date qui sera fixée par décret après le retour des prisonniers et déportés.

Ont été élus :
Paris, M. Baudouin ;
Bordeaux, M. Dupérié;
Lille, M. Combemale ;
Lyon, M. Hermann;
Marseille, M. Cornil;
Montpellier, M. Giraud ;
Strasbourg, M. André Forster;
Toulouse, M. Gorse.

Santé publique

Note sur la répartition de la pénicilline. — Les autorités américaines ont mis une petite quantité de pénicilline à la disposition de la France.

Les premiers contingents importés ne permettant, toutefois, de traiter qu'un nombre restreint de malades, les mesures suivantes ont été adoptées afin d'assurer au médicament la meilleure utilisation possible.

Les quantités disponibles de pénicilline seront exclusivement réparties en un certain nombre de centres spécialisés pour cette thérapeutique, où seront hospitalisés les malades. Seuls, les sujets qui ne sont susceptibles de bénéficier d'aucun autre traitement pourront y être admis.

En aucun cas, la pénicilline ne sera directement délivrée aux malades ou à leur médecin traitant.

Tout médecin estimant qu'un de ces malades doit être traité par la pénicilline, devra l'adresser au « Centre de traitement par la pénicilline » d'un des hôpitaux suivants :

Pour la région parisienne :
Service du professeur Lemierre (hôpital Claude-Bernard, Paris); Services des professeurs Debré et Leveuf (hôpital des Enfants-Malades, à Paris); Service du Dr Martin (hôpital Pasteur, à Paris).

Pour la province :
Service du professeur Duperié, à Bordeaux ; Service du professeur Gernez, à Lille ; Service du professeur Sedaillan, à Lyon ; Service du professeur Mattei, à Marseille; Service du professeur Boquien, à Nantes ; Service du professeur Tapie, à Toulouse.

N.-B. — Des mesures ont été prises afin de permettre dans tous les cas l'admission des malades, quelle que soit leur classe sociale.

Académie des Sciences. — Le 15 janvier, M. Charles Laubry a été élu membre titulaire de la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de M. Achard, décédé.

Académie de Médecine. — Le 30 janvier 1945, M. Georges Labey a été élu membre titulaire dans la section de chirurgie, en remplacement de M. Antonin Gosset, décédé.

Le Dr Henri BARTH
(1853-1945)

Nous apprenons la mort à Paris, à l'âge de 92 ans, du vénéré doyen des médecins des hôpitaux de Paris le Dr Henri Barth. Jusqu'à la fin de sa vie il avait conservé une activité remarquable. Je le rencontrais encore il y a quelques semaines, boulevard Saint-Germain, à peine vouté et marchant d'un pas alerte vraiment étonnant pour son grand âge et puis, quelques jours après, il était dans la rue, victime d'un banal et affreux accident de camion !

Jules Ernest, Henri, Barth était né à Paris, le 13 octobre 1853. Il commença ses études médicales de bonne heure et arriva à l'internat, premier de la promotion 1875. En 1879, il obtenait la médaille d'or de médecine. Docteur en médecine en 1880, il fut nommé médecin des hôpitaux en 1882. Il devait prendre sa retraite en 1919, après avoir été chef de service à Tenon, à Broussais et à Necker. En 1906, Barth fut président de la Société médicale des hôpitaux. Barth avait consacré de nombreux et excellents travaux aux maladies des voies respiratoires et à la tuberculose. Chargé de cours, il sut par la qualité de son enseignement et par sa bienveillance s'attacher de nombreux élèves. Il était, en effet, d'une grande bonté et toujours prêt à rendre service à ses confrères. On n'a pas oublié son dévouement aux œuvres professionnelles. Il en donna la preuve en assumant pendant de longues années la charges de secrétaire général de l'Association de prévoyance des médecins de la Seine. Il était officier de la légion d'honneur.

Barth appartenait à une grande famille médicale, il était le fils de Jean-Baptiste Barth médecin de l'Hôtel-Dieu et président de l'Académie de médecine en 1872. Il avait épousé une fille du Dr Auguste Voisin, médecin de la Salpêtrière, et était ainsi devenu le neveu de Félix Voisin, ancien membre de l'Assemblée Nationale et membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique ; il était enfin le beau-frère de notre ami regretté le Dr Henri Voisin, le cousin de notre bien cher maître et ami Joseph Arrou, chirurgien des hôpitaux de Paris, trop tôt disparu et le cousin du Dr Georges Baillieu.

La vie si digne et si laborieuse de Henri Barth peut être donnée en exemple. Il faut s'incliner avec respect devant sa mémoire.

F. L. S.

Nécrologie

Nous avons la tristesse d'annoncer la mort du Dr Maurice Auvray, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien honoraire des hôpitaux, ancien président de l'Académie de chirurgie, membre de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, décédé à Paris à l'âge de 77 ans.

(Voir suite des informations, p. 44).

REVUE GÉNÉRALE

LA SPONDYLOSE RHIZOMÉLIQUE

(Etude clinique et thérapeutique)

par le Dr Léon Isémein, médecin des hôpitaux de Marseille

En 1898, Pierre Marie a décrit sous le nom de spondylose rhizomélique (S. R.) « une affection singulière caractérisée essentiellement par une ankylose à peu près complète de la colonne vertébrale et des articulations de la racine des membres ». Un an après, en 1899, Léri rapportait les 33 cas alors connus de cette maladie. Pour ces auteurs, et c'est l'opinion généralement admise, il s'agit d'une ankylose vertébrale complète avec ankylose plus ou moins prononcée des articulations de la racine des membres et intégrité des jointures distales ; ce dernier fait suffit à différencier la S. R. du rhumatisme chronique déformant ordinaire et des spondylites.

Se basant sur les résultats de deux autopsies, Pierre Marie et Léri ont assigné à cette affection une pathogénie bien spéciale qui semble la différencier nettement des maladies articulaires chroniques ; pour eux, c'est une ostéopathie infectieuse, à tendance surtout raréfiante, s'accompagnant de méniscoligamentite ossifiante ; c'est une ostéopathie, et non une arthropathie. Cette conception a prévalu en France et dans les pays latins, notamment en Italie.

Ultérieurement, une autre théorie a été soutenue ; déjà en 1901, H. Forestier émit l'hypothèse que la S. R. pouvait résulter d'arthrites multiples inter-apophysaires ; cette opinion fut surtout défendue en Allemagne par Fraenkel en 1904 et, en 1907, à l'aide d'arguments anatomiques et cliniques ; depuis, il est classique de distinguer parmi les rhumatismes vertébraux :

Des polyarthrites, dont la S. R. est le type le plus représentatif,

Et des arthroses correspondant au rhumatisme vertébral ostéophytique sous ses formes généralisées ou segmentaires.

Weissenbach et Françon admettent que :

Il y a des cas de S. R. avec des signes radiologiques d'arthrite inflammatoire,

Et des cas de spondylose sans atteinte des articulations des membres. On est donc amené à admettre qu'il s'agit d'un syndrome dont la S. R. est la forme la plus complète.

Le syndrome spondylose rhizomélique.

A. — Etude clinique.

La S. R. est beaucoup plus fréquente chez l'homme ; d'après Costes et Maurin, le pourcentage est de 4 femmes pour 32 hommes.

Il s'agit en général d'adultes jeunes de 20 à 40 ans, cependant on a observé des cas chez des enfants et nous-même avons publié une observation de S. R. typique chez un sujet ayant dépassé la cinquantaine.

On peut décrire à la maladie trois stades évolutifs :

Période de début ;

Période d'état ou d'extension ;

Période terminale.

I. *Le début* est essentiellement marqué par des *douleurs*.

Pour les classiques, ces douleurs revêtent le plus souvent l'allure de lumbago, avec irradiations sous forme de névralgies sciatique, crurale ou obturatrice ; variables en intensité, elles sont soit continues gravatives, soit intermittentes et paroxystiques, avec parfois un caractère fulgurant ; pour Costes et Maurin, la douleur est d'ordinaire localisée dans la zone vertébrale elle-même et irradie plus rarement le long des nerfs rachidiens.

Ces douleurs, localisées ou irradiées, sont augmentées par le mouvement, l'inspiration profonde et la toux. Particulièrement vives au réveil (dérouillage matinal), ces douleurs s'atténuent dans la journée, présentent une recrudescence avec la fatigue et sont calmées de nouveau par le décubitus au moment du coucher ; vers le milieu de la nuit, le malade est réveillé par des crampes pénibles, qui l'obligent sans cesse à changer de position ; le sommeil est plus facile en décubitus latéral qu'en décubitus dorsal, à cause du porte-à-faux de la cyphose débutante.

Dès cette époque apparaît une certaine *rigidité vertébrale*.

Quant à la succession dans le temps de la spondylose et des arthrites rhizoméliques, plusieurs éventualités sont possibles :

Ou bien la spondylose apparaît secondairement après une ou plusieurs crises de rhumatisme articulaire aigu rappelant la maladie de Bouillaud,

Ou bien il y a coexistence d'une polyarthrite chronique et d'une spondylose,

Ou bien enfin, c'est la polyarthrite qui est secondaire.

Cette période de début peut durer quelques mois ou plusieurs années ; dans une de nos observations elle ne fut que de quelques semaines.

II. *Période d'état.* — C'est la période d'extension ou de généralisation.

Les douleurs s'atténuent, le signe capital, c'est *l'ankylose*. Pour les classiques, elle débute au niveau de la région lombaire, puis s'étend en tache d'huile ; nous verrons qu'il existe aussi des formes hautes.

Costes et Forestier insistent avec raison sur la précocité de la contracture antalgique des muscles péri-vertébraux, contracture comparable à celle qui accompagne les arthrites des membres ; le signe de la corde de l'arc la distingue, selon Forestier, de l'immobilisation mécanique que réalisera plus tard la fibrose ankylosante du rachis. Ultérieurement, il y aura ankylose vraie, non réductible sous anesthésie générale ; l'ankylose se fait en flexion, avec cyphose.

L'examen du rachis est souvent révélateur dès le début ; alors que les douleurs sont parfaitement supportables, facilement calmées par l'aspirine, le rachis est déjà complètement raide, avec des muscles péri-vertébraux contracturés, durs comme du bois ; la cage thoracique perd une partie de son expansion.

L'atteinte des *membres*, hanches et épaules, peut se faire, comme nous l'avons vu à n'importe quelle période :

Aux hanches, c'est la rotation interne et l'adduction qui sont d'abord limitées aux épaules, la raideur atteint surtout l'abduction et la rétropulsion.

Au niveau des membres, comme au niveau du rachis, l'ankylose se fait en flexion. L'aspect du malade est alors caractéristique : le rachis est rigide, généralement fléchi, le thorax est aplati, les membres immobilisés en flexion.

On peut parfois observer quelques signes neurologiques, tels que :

Atrophie des muscles sacro-lombaires, fessiers et cruraux ; cette atrophie est d'ailleurs tardive ;

Exagération des réflexes, ou plus rarement pseudo-tabes spondylosique de Babinski, avec atteinte des racines postérieures ;

Troubles moteurs sensitifs ou génitaux, plus rares.

Enfin, il existe parfois des signes généraux : asthénie, amaigrissement, fébricule entre 37 et 38°, ou même fièvre plus élevée. D'après Forestier, l'iritis n'est pas rare.

III. *Terminaison.* — Au bout d'un temps plus ou moins long, les lésions cessent d'évoluer ; la durée de la maladie est indéfinie ; la mort survient du fait des infections auxquelles est exposé tout grabataire.

B. — Etude biologique.

Chez tout rhumatisant on doit rechercher la vitesse de sédimentation des hématies, ou pratiquer la réaction de Vernes à la résorcine ; d'ailleurs, ces deux réactions marchent de pair. Accélération de la vitesse de sédimentation des hématies et élévation de la réaction à la résorcine, toujours importantes au cours de l'évolution, s'abaissent dans les spondyloses anciennes et fixées, lorsque les articulations vertébrales se sont ankylosées et qu'elles sont donc fonctionnellement et anatomiquement supprimées ; les phénomènes inflammatoires s'éteignent, les réactions sanguines reviennent à la longue à la normale.

La numération globulaire a peu d'intérêt ; pour Alajouanine et Lacapère, elle montre de l'anémie, avec leucocytose légère ; l'éosinophilie est fréquente.

L'équilibre phospho-calcique est classiquement normal (Grigaut, Weissenbach). La calcémie étudiée chez tous nos malades a toujours été élevée (115 à 120 millig.).

Les réactions spécifiques : gono-réaction, réactions de Besredka, de Wassermann, ne permettent pas d'identifier la nature de l'infection que signent les examens précédents.

L'interférométrie, le métabolisme basal sont sans intérêt.

La ponction lombaire, souvent difficile, ne montre aucune altération notable du liquide céphalo-rachidien.

Les tests pharmacodynamiques destinés à explorer le système vago-sympathique ne donnent aucun renseignement intéressant.

C. — Etude radiologique.

Elle doit porter sur le rachis, les articulations sacro-iliaques et les articulations de l'épaule et de la hanche ; d'autre part, il faut suivre l'évolution par des clichés successifs.

Au niveau du *rachis* :

Pour les classiques, les signes caractéristiques sont :

Décalcification des vertèbres, atrophie osseuse diffuse plus ou moins importante.

Morphologie normale, absence de déformations osseuses, pas d'ostéophytes ; ce signe est capital.

Ossification du manchon ligamentaire donnant l'aspect en vis de pressoir ou en colonne torse à renflements inter-somatiques. Ce sont les syndesmophytes.

Pour Costes et Maurin, sont pathognomiques les signes suivants :

Absence de tassement vertébral et de pincement des disques.

Absence d'ostéophytes.

Ossification du ligament antérieur.

Au niveau du rachis, il faut encore étudier les articulations

inter-apophysaires et les articulations vertébro-costales. L'atteinte des petites articulations inter-apophysaires se traduit par la production d'une bande de calcification ligamentaire courant tout le long des deux colonnes d'apophyses articulaires, réalisant de chaque côté de la ligne médiane une traînée sombre continue. A un stade plus avancé, la colonne vertébrale prend l'aspect dit en tige de bambou, par suite de syndesmophytose diffuse ; c'est aussi l'aspect en ligne de tramways, par suite de la calcification en file verticale des articulations inter-apophysaires, avec souvent en plus une traînée médiane due à la calcification des ligaments inter-épineux. La soudure des articulations vertébro-costales donne le syndrome respiratoire des spondylites : aplatissement et immobilité thoracique, absence d'expansion thoracique, respiration de type abdominal.

Le syndesmophyte est le stigmate radiologique de la S. R. ; il correspond à l'ossification du tissu fibreux péri-vertébral ; l'os se substitue au ligament ; il est lancé en pont d'une vertèbre à l'autre, réalisant un véritable manchon engainant le rachis.

Ce syndrome radiologique est caractéristique et permet de distinguer la S. R. du rhumatisme vertébral ostéophytique. Dans ce dernier, l'atteinte porte sur les disques et les cartilages, d'où pincement de l'espace inter-vertébral ; il y a des ostéophytes ; néoformation issue de l'os dans la couche sous-chondrale, l'ostéophyte constitue un bec, un crochet ; il est isolé, sans rapport avec la vertèbre sus et sous-jacente ; deux ostéophytes peuvent se rapprocher, ils peuvent arriver au contact, mais ne se soudent jamais.

Les articulations sacro-iliaques doivent toujours être étudiées soigneusement dans tous les rhumatismes vertébraux ; l'arthrite sacro-iliaque est le signe le plus constant (Forestier, Costes et Maurin, etc.), même dans les formes hautes ; c'est, d'autre part, le signe le plus précoce.

Les articulations rhizoméliques ne présentent pas toujours d'altérations radiologiques ; la calcification des ligaments est difficilement visible.

Certains auteurs ont signalé des arthrites à distance, arthrite temporo-maxillaire par exemple (jamais rencontrée par Costes).

En résumé, la séméiologie de la S. R. est essentiellement représentée par :

Une ankylose rachidienne due à l'ossification du manchon fibreux péri-vertébral ;

L'atteinte radiologique constante des articulations sacro-iliaques ;

L'atteinte rhizomélique ;

L'intégrité des petites articulations distales.

Pour certains auteurs, Costes en particulier, l'ankylose de la racine des membres est souvent fruste, très légère. Il y a même des cas où la maladie reste strictement localisée au rachis, et où l'analogie des symptômes cliniques, biologiques et radiologiques avec la S. R. est telle qu'ils n'hésitent pas à y reconnaître une seule et même maladie. Cette opinion n'est pas partagée par tous les rhumatologues.

Formes cliniques.

Nous venons de décrire la forme type de la maladie, mais on peut observer une série de formes anatomo-cliniques que nous allons examiner en les classant suivant leur :

1° Etendue (formes partielles) ;

2° Association avec des arthrites, un syndrome nerveux (maladie de Betcherew) ;

3° Evolution ;

4° Etiologie (spondylite traumatique).

I. *Suivant l'étendue.* — Les spondylites ligamentaires partielles. La calcification ligamentaire caractéristique de la maladie n'est pas toujours étendue à l'ensemble de la colonne vertébrale. Cliniquement, les douleurs sont plus ou moins importantes ; l'examen décèle une rigidité vertébrale que le malade n'avait même pas remarquée et qui n'est découverte que par l'examen systématique des mouvements de flexion, d'extension, et surtout de latéralité ; ce sont ces derniers qui sont le plus précocemment intéressés. Biologiquement, l'accélération de la vitesse de sédimentation des hématies témoigne de l'existence d'un processus inflammatoire. A la radiographie, il faut rechercher ces calcifications ligamentaires partielles, qui sont souvent discrètes, peu nombreuses et irrégulièrement réparties. Elles siègent avec une affinité particulière au niveau de la charnière dorso-lombaire. L'évolution se fait par bonds irréguliers, la généralisation du processus étant le fait non d'une extension en tache d'huile, mais de la conjonction des lésions initialement fragmentaires et distantes.

II. *Suivant les associations :*

a) Spondylites ligamentaires avec arthrites généralisées. L'aspect est celui du rhumatisme généralisé aigu ou chronique. Pour Pierre Marie et Léri, seules peuvent être atteintes les articulations possédant un bourrelet ou un ménisque ; en fait, même les articulations du cou-de-pied et des doigts peuvent être atteintes;

b) Spondylites ligamentaires avec arthrites inter-somatiques (Mathieu, P. Weill et Rœderer, th. de Mme Frogez-Rœderer). Cette forme s'apparente aux arthrites ulcéreuses des membres et se distingue du mal de Pott par son évolution, sa symptomatologie, ses caractères radiologiques.

A la radiologie, on constate :

La disparition des disques clairs, remplacés par une ombre homogène diffuse, une moindre opacité des vertèbres de la région qui ne sont cependant ni déformées, ni aplaties ;

L'absence d'ostéophytes, de becs de perroquet, de réactions ligamentaires.

On note enfin que cette pile de trois ou quatre vertèbres est englobée dans une sorte de gaine latérale aux limites mal définies.

Or, chez de tels malades, on peut constater un envahissement progressif de tout le squelette, avec participation secondaire des grandes articulations axiales des membres, et la radiographie montre alors la coexistence des lésions d'arthrite vertébrale et de calcifications ligamentaires comparables à celles de la S. R. ;

c) Forme associée à des troubles nerveux : maladie de Betcherew. Elle se voit surtout chez des sujets âgés, succède à un traumatisme, et s'accompagne de phénomènes d'irritation ou de compression médullaire : parésies, troubles sensitifs ou trophiques.

III. *Suivant l'étiologie.* — Les spondylites traumatiques. Immédiatement après le traumatisme, apparaissent des douleurs d'aspect variable, plus ou moins intenses; puis, au bout de quelques jours, le malade reprend ses occupations, et ce n'est qu'après plusieurs semaines ou plusieurs mois que, sans raison apparente, les douleurs réapparaissent au même point ; l'examen montre alors une cyphose à grand rayon d'action, avec rigidité, et parfois une atteinte des articulations rhyzoméliques.

IV. *Suivant l'évolution.* — A côté de la forme chronique évoluant en plusieurs années, on peut observer de véritables formes aiguës fébriles où l'ankylose est très rapide et se constitue en quelques semaines seulement.

Telles sont les principales formes cliniques de la S. R.

Nous avons insisté à plusieurs reprises sur les signes particuliers du rhumatisme vertébral et de la S. R. Parfois cependant, on peut observer des cas mixtes avec :

Déformations vertébrales et ostéophytes d'une part, et calcifications ligamentaires d'autre part.

Etiologie et pathogénie.

Nous ne nous étendrons pas sur cette question encore très discutée, mais rappellerons seulement les bases du problème qui sont nécessaires pour comprendre le traitement de cette maladie.

I. *Théorie traumatique.* — On retrouve parfois dans les antécédents de ces malades un traumatisme, sans qu'on puisse établir une relation certaine entre l'accident et l'apparition de la maladie.

II. *Théorie infectieuse.* — Le malade a souvent été antérieurement atteint d'une infection latente, parfois méconnue, souvent guérie depuis longtemps quand apparaît la maladie. On a incriminé :

a) Blennorragie chronique ; en effet, on retrouve souvent la blennorragie dans les antécédents de ces malades, et certains pensent qu'elle joue un rôle dans l'apparition de la S. R.

Mais il y a des objections :

Bénignité de l'urétrite ;

Longueur de l'intervalle libre ;

Rareté des autres manifestations articulaires dans la S. R. ;

Rareté de la S. R. chez la femme, où la blennorragie est autrement tenace que chez l'homme. A cette dernière objection, Forestier oppose une explication anatomique basée sur le trajet des lymphatiques venant des organes infectés :

Chez l'homme, les lymphatiques de la prostate et des vésicules séminales vont au devant du rachis aux ganglions présacrés ;

Chez la femme, les lymphatiques des ovaires et des trompes, siège de l'infection chronique, se rendent dans les ganglions iliaques et la chaîne pré-aortique.

Ceci expliquerait la plus grande fréquence de la S. R. chez l'homme.

Rouvière n'admet pas cette description des lymphatiques.

b) Tuberculose. Son rôle a été nié par Crouzon et Gaucher, Alajouanine et Lacapère, Bénassi et Rizzatti. Pour Costes, vu la fréquence des antécédents tuberculeux, on peut admettre que l'infection bacillaire joue un certain rôle ;

c) Maladie de Bouillaud, scarlatine, syphilis, psoriasis. Leur action a été incriminée, mais jamais prouvée et, cependant, les réactions biologiques sont en faveur d'une cause infectieuse.

III. *Théorie endocrinienne.* — L'intervention des glandes parathyroïdes a été admise depuis les travaux d'Oppel ; cependant, l'origine parathyroïdienne se heurte à certaines objections :

La S. R. n'est pas une ostéopathie ;

La maladie est souvent localisée au rachis ;

Pour certains, la calcémie est normale ; nous nous élevons contre cette opinion, car nous avons toujours trouvé dans la S. R. une calcémie dépassant 115 mil.

Les parathyroïdes enlevées sont presque toujours intactes ;

La rapidité d'action de la parathyroïdectomie semble plutôt le fait d'un choc humoral ou sympathique que d'une action glandulaire.

Et cependant, c'est aussi l'opinion du professeur Salmon, les résultats opératoires semblent bien proportionnels à la quantité de glande enlevée.

ETUDE THÉRAPEUTIQUE.

Le traitement sera médical et chirurgical.

I. *Traitement médical.* — Il sera : médicamenteux, physiothérapique, crénothérapique.

a) Médicamenteux. Il s'adressera à la fois aux symptômes et à la cause. Les douleurs seront toujours calmées par l'aspirine, qui reste le médicament le plus fidèle et le moins nocif. Ne jamais donner d'opiacés à de pareils malades.

Les troubles du métabolisme calcique justifient une médication recalcifiante ; on utilisera le gluconate de calcium en injections intraveineuses avec ingestion ou injection de vitamine D ; nous avons aussi associé les injections intraveineuses de vitamine B ; ces dernières méthodes amènent souvent une sédation des douleurs.

Les traitements antiinfectieux les plus divers ont été préconisés ; ils reflètent l'opinion qu'on se fait du facteur infectieux ; nous mentionnerons seulement :

Les médications antigonococciques : vaccins, sérums, sulfamides ;

La vaccinothérapie antituberculeuse : antigène, tuberculine ;

L'aurothérapie (Forestier) : elle donne souvent des succès appréciables, mais rarement suffisants ;

Les injections de thorium X, préconisées par Léri ; employer des doses faibles, 800 à 900 micro-grammes par séries, réparties en 8 à 10 semaines et renouvelées si besoin deux à trois fois, à intervalles de 4 à 6 mois. Toujours surveiller un fléchissement globulaire possible ;

Les injections de parathyrone.

b) Physiothérapique ; on utilisera les procédés habituels et, en particulier, la douche actinique vertébrale préconisée par Dausset ;

c) Crénothérapique ; c'est un traitement adjuvant parfois intéressant, mais jamais suffisant.

II. *Traitement chirurgical.* — Il sera : orthopédique, curatif.

a) Orthopédique. Ce traitement est beaucoup trop ignoré et, cependant, il rend des services très appréciables.

Tout spondylosique est soulagé en position debout par un corset soutenant les aisselles et portant au besoin sur la face antérieure une tige amovible avec mentonnière.

Durant la nuit, les douleurs qui sont dues en grande partie au porte-à-faux du rachis cyphotique, disparaissent si le patient repose sur une valve plâtrée dorsale ; Swain, de Boston, insiste beaucoup sur cette immobilisation temporaire ;

b) Curatif : c'est la parathyroïdectomie.

Opération sans danger, elle a souvent donné d'excellents résultats. Dans les cas heureux, la sédation des douleurs est immédiate, spectaculaire, et la récupération fonctionnelle est souvent importante. Critiquée par certains, discutée dans son mode d'action, cette opération doit toujours être tentée, car, laissée à elle-même, la S. R. est une maladie extrêmement grave qui fera du malade un infirme ; nous n'avons pas le droit de laisser échapper une chance de guérison. L'intervention sera pratiquée selon la technique habituelle ; mentionnons seulement l'usage de la loupe binoculaire et la nécessité du contrôle histologique extemporané (Bourde, Braine, Salmon).

Bibliographie. — On la trouvera en détail dans la thèse de notre élève Baudet, Marseille, 1944.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

8 *décembre.* — M. CHAVAILLON. — Diagnostic précoce et traitement du chancre pré-induré dans la prophylaxie de la syphilis.

Mlle RAPIDEL. — Les hypoglycémies spontanées. Etude clinique, pathogénique et thérapeutique.

M. MALLARET. — La pénicilline. Posologie et indications.

M. GOUESIN. — Pathologie des restrictions. Coup d'œil sur les conséquences de la sous-alimentation en France.

M. DIECKMANN. — La rétraction de l'aponévrose palmaire ou maladie de Dupuytren. Quelques données nouvelles dans le domaine de la radiographie, la technique opératoire.

THESES VETERINAIRES

19 *décembre.* — M. BINET. — La colchicine en biologie. Application au traitement des papillomes du cheval.

M. TANGUY. — Les coliques du cheval. Leur traitement par un dérivé de la choline : la lentine.

20 *décembre.* — M. BALAGNY. — Du traitement du tétanos. Contribution à l'étude de la séro-anatoxithérapie.

ACCIDENTS VÉSICULAIRES & GRAVIDO-PUERPÉRALITÉ

Par M. Jacques COURTOIS

La gravido-puerpéralité prédispose nettement à la lithiase biliaire. Pendant la grossesse, la vésiculaire biliaire est atone et son évacuation est souvent extrêmement ralentie; l'épreuve du repas de Boyden montre que son temps de vidange est augmenté de 3 à 24 fois. Certains auteurs invoquent en outre une hypertonie spasmodique du sphincter cholédocien. La cholécystographie ne montre la vésicule que dans un quart des cas, près du terme.

Il y a, d'autre part, trouble du métabolisme des lipides et hypercholestérolémie; l'infection colibacillaire est fréquente et les voies biliaires peuvent être comprimées ou traumatisées par le fœtus (surtout en présentation du siège) : tout cela facilite les complications vésiculaires.

Chez les multipares, on trouve une boue biliaire abondante, et Audebert et Gilles décèlent une lithiase occulte dans 90 % des autopsies. Quatre-vingt-dix pour cent des femmes lithiasiques ont eu des grossesses.

C'est dire que les manifestations cliniques sont infiniment plus rares que les lésions latentes, et qu'on ne pense pas assez souvent aux complications vésiculaires en cas de douleurs abdominales mal définies. Le diagnostic étiologique se fait par le tubage duodénal et la cholécystographie.

Bar indique, comme signes de la *lithiase larvée*, des gastralgies hyperchlorhydriques rebelles, accompagnées de troubles dyspeptiques imprécis, rebelles au traitement gastrique et accompagnés de douleurs atténuées de la vésicule avec vomissements tardifs en fin de grossesse. Ou encore certaines angoisses avec crises douloureuses vésiculaire ou épigastrique et suivies d'une débâcle bilieuse impérieuse post-prandiale et brûlant le canal anorectal.

Une de nos multipares fit une crise de *coliques hépatiques* après la naissance de son premier enfant. Elle en refit une autre à la grossesse suivante, vers 2 mois 1/2. A 5 mois, fièvre avec barre épigastrique surtout accentuée à droite et constipation. Pendant trois semaines de fièvre, la vésicule, grosse comme le poing, est protégée par de la contracture et de la défense locales. La radio ne montre rien. A 6 mois 1/2, la vésicule est encore douloureuse en permanence. Une absorption d'huile de Haarlem entraîne *de grands vomissements de plus de un litre de bile*. Les douleurs sont remplacées par des *lipothymies* et des *syncopes*. A 8 mois, survient une nouvelle crise de fièvre à 39° avec vomissements. A terme, même accident. Après l'accouchement nous constatons une énorme vésicule. Sept jours après, une crise douloureuse apyrétique se termine par des vomissements de plusieurs litres de *bile noire*.

Une autre de nos multipares, porteuse d'un énorme fibrome latéral gauche, fit à un mois du terme une *crise d'occlusion* (arrêt complet des matières et des gaz) accompagnée de *violentes douleurs transversales* périombilicales, et de *contractions intestinales péristaltiques* visibles au creux épigastrique. L'utérus n'était ni contracturé, ni douloureux. Le fœtus ne souffrait pas — trois clochers thermiques en 12 heures, du prurit, des urines très sombres vinrent apporter la clé du diagnostic. De nombreux changements de position, et l'introduction d'une sonde intestinale haute entraînent une guérison sans rechute. Là, *occlusion et crise vésiculaire* ont coïncidé.

Retenons de ces cas la difficulté de diagnostic différentiel entre crises douloureuses vésiculaires et barre épigastrique du prééclamptisme, et occlusion et accidents gastro-duodénaux aigus.

La *cholécystite aiguë* suppurée ou sphacélée se voit surtout chez la multipare affligée d'antécédents de lithiase. L'état général est très grave, fièvre à 40° avec frissons. La douleur aiguë de l'hypocondre droit s'accompagne de vomissements et de contractures. Bréa a, dans ces conditions, pratiqué une *cholécystectomie* à 4 mois 1/2 de grossesse. La femme accoucha à terme. Stone a publié une *perforation de la vésicule près du terme*. Les crises typiques accélèrent parfois le travail.

En fin de grossesse, pendant le travail, et dans les deux premières semaines des suites de couches, on rencontre surtout *la forme bénigne gastralgique :* les troubles sont vagues, intermittents, l'anorexie s'accompagne d'alternances de constipation et de diarrhée bilieuse, et de petites crises douloureuses répétées; le subictère n'est pas rare. Nous vîmes jadis une forme très fébrile avec ictère prolongé (Courtois-Marcantoni). On rencontre également des *poussées de fièvre élevée, fugace*.

Une de nos multipares fit une crise douloureuse avec *grosse vésicule* peu après l'accouchement; quelques jours plus tard, une *appendicite* aiguë (ni pus, ni microbes urinaires), qui fut opérée, et dans les suites opératoires, une *pyélonéphrite* droite.

La colibacillose était manifeste et signée tardivement par la présence de pus et de colibacille dans les urines.

Une autre de nos multipares présente, depuis sa première grossesse, une leucorrhée jaunâtre, du prurit vulvaire, une infection annexielle discrète, de la cystite avec pseudo-pyélonéphrite. Après son deuxième accouchement, elle fit une crise douloureuse suraiguë de la base pulmonaire, diagnostiquée petit *infarctus par embolie pulmonaire*. Six mois plus tard, en vacances, *vomissements alimentaires* avec *constipation* diagnostiquée par un médecin, *crise de foie* puis début de typhoïde. La température était peu importante. La femme se plaignait surtout de *vertiges* et de *stupeur*. Il lui semblait qu'elle ne pouvait ni parler, ni marcher. Depuis elle est restée sans cesse *fatiguée*, et souffre de temps à autre de *gastralgie*.

Au troisième mois de sa troisième grossesse, elle se plaint de douleurs abdominales ou *coliques*. Les deux nerfs obturateurs sont très douloureux. Une crise prolongée de *vertiges* survient vers 5 mois 1/2. Notre collègue Bertrand parle de *crise de foie*. La fin de la grossesse est marquée par une grosse cervicite avec vague réaction annexielle.

Elle accouche à 7 mois 1/2, le 3 mars 1944, d'une fille prématurée très petite, cyanosée, morte en quelques heures; le 5 mars au soir, clocher fébrile unique à 40° avec pouls à 110 : soludagénan. Les trois jours suivants, la température oscilla entre 36°4 et 37°6, et le pouls entre 65 et 90. Le 10 mars, poussée fébrile avec douleurs dans la cuisse qui prend un aspect pseudo-phlegmoneux et que nous montrons à notre collègue M. Larget. Le lendemain, température et pouls redeviennent normaux, mais la femme se plaint de *vives douleurs au Mac Burney*, et elle *vomit* abondamment. La température oscille entre 36°9 et 37°8, le pouls entre 72 et 88. Peut-être y a-t-il un peu de défense, la contracture n'est pas nette; il n'y a qu'une douleur précise, suspendue un peu en dehors du point de Mac Burney, et rien au-dessous, ni au-dessus. Le toucher vaginal montre : *une douleur du cul-de-sac vaginal droit* (rappelant le passé de métrite et d'annexite chronique de cette malade), glace. Le 12 au soir, la température atteint 38°3, le pouls 74. Le siège de la douleur a monté, et s'étend du foie au Mac Burney. Elle est très vive et s'accompagne de défense et de contractures légères. Le diagnostic d'*appendicite* est moins net. L'utérus et le col sont peu douloureux, même à la mobilisation. Les culs-de-sac du vagin ne montrent rien. Le droit n'est même plus douloureux; Douglas libre, ce qui fait écarter le diagnostic de salpingite. Quand on presse l'utérus sur l'appendice, pas de douleur de la région appendiculaire, mais douleur du bord gauche utérin qu'on a empoigné pour faire cette manœuvre (métrite ancienne). Le 13 au matin, sous anesthésie générale, M. Larget et G. Philippe trouvent une *grosse vésicule*. La température est 38°3, le pouls 85. Ablation d'un appendice *enflammé*, la vésicule grosse comme une aubergine est en voie de sphacèle et contient cinq calculs de cholestérol pur gros comme des noisettes. Cholécystostomie, drain. Evacuation de 450 grammes de bile par jour. Chute progressive de la fièvre. Ici la péritonite par perforation était imminente.

Les *cholécystites* de la gravido-puerpéralité sont le plus souvent dues au colibacille, mais quelques fois aux microbes de l'infection puerpérale, voire même aux bacilles du groupe typhique. Les signes en sont plus souvent progressifs que brusques : fièvre, vomissements, douleurs vésiculaires, tumeur vésiculaire arrondie, intolérablement douloureuse, signes locaux de péritonite, crépitation locale; parfois ictère.

Ce sont des formes très graves qui évoluent vers la *perforation*, la *péritonite*, l'*angiocholite*, la *pancréatite*, le *melaena*. Les formes classiques, discrètes, sont révélées par des points douloureux, des crises de coliques, de la colite réflexe. Le diagnostic différentiel devra éliminer l'abcès sous-phrénique. Il faut opérer les formes aiguës, graves, de préférence sous anesthésie locale et sans toucher à l'utérus.

Retenons de ces observations la *difficulté du diagnostic différentiel*, entre les accidents vésiculaires, l'appendicite, le pyélonéphrite, la salpingite. Le diagnostic d'*hépatonéphrite gravidotoxique à colibacilles* (de Fruhinsholz) est souvent facile quand il n'y a pas de douleur vésiculaire mais ictère et vomissements de type incoercible.

Le DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL présente de très nombreux aspects bien difficiles.

Nous avons vu tout récemment dans le post-partum une crise vésiculaire simuler *parfaitement une embolie avec infarctus pulmonaire*.

Citons, outre les *syndromes neuro-végétatifs et les pancréatites*.

Avec Maurer, nous avons suivi une primipare atteinte d'endosympathose, véritable maladie de Raynaud interne, qui avait précédé, accompagné, et suivi, une grossesse. Elle souffrait d'intenses crises abdominales généralisées durant deux à trois jours et se répétant jusqu'à deux fois par semaine avec anorexie, amaigrissement, somnolence. La tension artérielle variait suivant les segments de membres.

Il y a de l'hypertension du fond d'œil, et une hypoglycémie importante; enfin crampes des mollets et syndrome de Raynaud des doigts. Calcium intra-veineux, atropine la soulagent longtemps; l'infiltration novo-caïnique des plexus amène une longue sédation.

Le *syndrome solaire* et les *névralgies cœliaques mésentériques* entraînent du choc, une douleur épigastrique terrible survenant par crises avec douleur sourde, dans l'intervalle, des vomissements et, quelquefois, de la diarrhée sanglante.

Dans le *tabes*, entre chaque crise, la douleur disparaît complètement.

Dans les *lésions pancréatiques*, la palpation du point pancréatique de Chauffard et Rivet provoque une vive douleur. Ces lésions se voient surtout chez les obèses, syphilitiques, éthyliques atteintes de lithiase biliaire.

En cas d'épigastralgie avec indigestion, penser aux *pancréatites chroniques*.

L'inflammation de la région pancréatique se traduit par des accès douloureux récidivants avec hyperesthésie cutanée de la région pancréatique. On recherchera la glucosurie, et la proportion anormale des diastases.

La *pancréatite hémorragique* débute brutalement par une intense douleur épigastrique que rien ne calme et s'accompagne de faciès péritonéal avec respiration rapide, cyanose généralisée, vomissements et occlusion à peu près totale, température normale, pouls à 100. Le foie et la rate sont gros. Il y a une tuméfaction épigastrique médiane.

Dans la *pancréatite suppurée*, la tuméfaction est très douloureuse.

La nécrose aiguë du pancréas (Portes, Varangot, Thoyer-Rozat) survient chez une femme ayant eu des épisodes douloureux abdominaux anciens, avec amaigrissement, et pendant des années de la pesanteur *post-prandiale* avec parfois vomissements alimentaires.

L'état général et le faciès sont excellents. Après quelques jours de diarrhée, une selle et des vomissements alimentaires puis bilieux très abondants succèdent immédiatement à un repas. Puis ne tarde pas à survenir une crise épigastrique douloureuse (diffusant rapidement aux fosses iliaques et à tout l'abdomen) avec maximum dans la fosse iliaque et l'hypocondre droit, et persistant malgré la glace. La sensibilité abdominale diffuse ne s'accompagne pas de météorisme, de défense ou de contracture. Les vomissements reprennent. La région de la vésicule biliaire augmente de sensibilité. La glycémie est élevée, il y a hyperazotémie et acétonurie. Il faut rechercher l'insuffisance pancréatique externe (diastases de digestion des lipides, des amylacés et des protides). La vésicule biliaire est hypertonique, hyperkinétique, à évacuation accélérée, mais la première valve du col est spasmée. Les voies biliaires sont parfaitement perméables (Portes).

Le *cancer du foie* évolue très vite, avec asthénie, gros foie dur, irrégulier, et épanchement pleuro-péritonéal.

La *dilatation aiguë d'estomac* se voit après évacuation utérine par ptose gastrique brusque en cas de mauvaise paroi abdominale, et chez les névropathes atteintes d'aérophagie. Il y a compression duodénale par le compas aortico-mésentérique. Le pouls est petit, rapide. Hoquet opiniâtre, éructations s'accompagnent de vomissements verdâtres puis brunâtres, d'arrêt des matières et des gaz, et d'anurie. Il n'y a pas de douleurs.

Derrière une paroi abdominale flasque, l'estomac très dilaté et clapotant dessine un ballonnement sus-ombilical de sonorité tympanique : il ne montre pas de contractions péristaltiques. Dans la forme infectieuse, lavage, glace, décubitus ventral échouent.

Dans l'*ulcère gastrique* (Andérodias, Parturier), les troubles fonctionnels sont aggravés par la grossesse : *vomissements incoercibles*, hématémèses. La croissance de l'utérus entraîne le tiraillement ou la rupture d'adhérences protectrices, favorise la perforation. (Se souvenir que certaines ruptures de grossesses ectopiques simulent parfaitement la rupture d'ulcère digestif.)

Dans *le cancer gastrique* (Delahaye) l'évolution est foudroyante. Rhenter et Lyonnet insistent sur l'amaigrissement, les douleurs atroces (que rien ne calme), de l'hypocondre droit, l'intolérance gastrique absolue du type *vomissements incoercibles*, et entraînant de la cachexie et des œdèmes. Le foie, énorme, déborde les fausses côtes et refoule l'utérus en bas. Une volumineuse masse ganglionnaire sous-claviculaire gauche peut se voir. Les selles contiennent du sang : signe de Weber positif. Les urines sont rares et très albumineuses. On peut voir des métastases pleuro-pulmonaires.

Dans le *prééclamptisme*, la barre épigastrique de Chaussier simule souvent une douleur vésiculaire (Courtois).

Plusieurs formes *d'atteintes de surrénales* sont à passer rapidement en revue.

L'*insuffisance surrénale de Sergent et Lian* provoque des *vomissements incoercibles*. Les vomissements de bile, de sang, la dilatation aiguë d'estomac, les lypothimies, le choc, la mort subite sont à redouter surtout post-partum. Le pouls est petit et défaillant.

La *mélanodermie cutanéo-muqueuse par insuffisance surrénale*

lente d'Addison s'accompagne de vomissements, d'amaigrissement, d'asthénie, d'hypotension (mais pas toujours pendant la grossesse), de tachycardie. Le diagnostic est parfois à faire avec les *avitaminoses B* si fréquentes.

L'insuffisance surrénale aiguë à forme cardio-gastro-intestinale de Sergent et Bernard simule, par ses accidents brutaux rapidement mortels, l'*empoisonnement* et l'*entérite cholériforme*. La femme est prise brusquement de douleurs abdominales diffuses avec vomissements incoercibles et diarrhée cholériforme, sueurs visqueuses, crampes, refroidissement des extrémités, hypotension.

Le *syndrome pseudo-péritonitique d'Ebstein* se traduit par des vomissements avec constipation opiniâtre, douleurs abdominales, ventre ballonné et hyperesthésié.

Le *purpura abdominal*, qui se voit surtout au cours de l'*anémie aplastique* ou *aleucie hémorragique* (Brindeau), peut éclater par des manifestations gastro-intestinales aiguës : crises violentes de vomissements, de diarrhée, de douleurs abdominales, avec hémorragie parfois dans la séreuse péritonéale, et les différents viscères, allant jusqu'à la péritonite dans le purpura infectieux. Les métrorragies peuvent nécessiter l'hystérectomie.

Citons encore l'*infarctus du mésentère* (Laffon), de l'*intestin* (Portes, Varangot, Thoyer-Rozat). Ce dernier cas fut précédé pendant la grossesse par des crises douloureuses du flanc, accompagnées parfois de vomissements s'aggravant avec la grossesse. Les irradiations douloureuses se faisaient vers les membres inférieurs qui s'œdématiaient et s'engourdissaient. La marche devint de plus en plus difficile. Post-partum, survinrent des vomissements brusques répétés et accompagnés de coliques diffuses, peu intenses, mal localisées. Etat général excellent, pouls et température à peine augmentés. Abdomen modérément distendu, sans péristaltisme. Mais la palpitation provoque une douleur extrêmement intense. L'examen vaginal et la mobilisation utérine sont douloureuses. Nous avons vu un infarctus se traduire classiquement par un boudin mat abdominal avec silence « sépulcral » de l'abdomen, et hémorragies digestives tardives. Courtois et Bouchacourt ont publié un cas où chez une grande multipare les vomissements noirâtres, l'occlusion absolue coïncidaient avec un ventre souple dépressible, non ballonné, un utérus mou, avec fœtus vivant. Il s'agissait d'infarctus viscéraux multiples.

Bohler a bien précisé la symptomatologie de la *rupture de la rate* au cours de la grossesse. Le diagnostic repose sur la notion de traumatisme du flanc gauche avec une typique symptomatologie en deux temps. Pas de symptomatologie digestive nette. Quelques secondes de douleurs fulgurantes de l'hypocondre gauche irradié à la moitié gauche du thorax et à l'épaule homonyme et vers le foie sont suivies, le lendemain, au cours d'un effort, de douleurs atroces syncopales, se propageant vers la fosse iliaque gauche. L'abdomen est partout un peu sensible, et se défend à peine. Les urines sont normales. Deux heures plus tard, la gêne respiratoire coïncide avec une défense sans cesse croissante. Le pouls s'accélère, la tension baisse. Dans le quadrant supérieur gauche de l'abdomen et dans le flanc gauche, contracture et matité augmentent progressivement.

Clermont et Gay ont décrit le *cancer du colon* chez la gestante. Constipation opiniâtre augmentant sans cesse et s'aggravant de violentes coliques. L'état général est excellent. Il n'y a pas d'amaigrissements ni de glaires sanguinolents. Finalement, les laxatifs n'agissent plus, l'abdomen se météorise, il y a arrêt complet des matières et des gaz. L'utérus est dévié, le rectum vide.

Citons le *volvulus du cæcum* avec sa tuméfaction épigastrique médiane (Courtois).

Il faudrait passer en revue ici la vaste question des *occlusions chez la femme enceinte*, nous n'y reviendrons pas l'ayant traité ailleurs, longuement et à plusieurs reprises.

Enfin, Sægesser a indiqué la symptomatologie de la *colite ulcéreuse* en cours de grossesse et Bar a publié un cas de rupture de *kyste hydatique* du foie chez la gestante.

En résumé, les affections vésiculaires, si elles sont cliniquement latentes, au cours de la grossesse, sont certainement fréquentes. Il faut toujours y penser devant toute affection douloureuse de l'abdomen et s'efforcer d'explorer les voies biliaires au cours de toute laparotomie. Les manifestations cliniques, quand elles sont importantes, peuvent prendre les types les plus variés, simulant tous les syndromes douloureux abdominaux. Chaque fois qu'il y aura réaction péritonéale, la laparotomie exploratrice nous semble préférable. Elle seule, dans un de nos récents cas, a pu éviter à temps une péritonite généralisée par rupture de la vésicule. Et si cette péritonite avait éclaté, l'erreur de diagnostic étiologique eût pu entraîner une erreur fatale de la conduite thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Delahaye (*Enc. Méd. Chir. Obst.*, I, 1934, 5.054, p. 1).
2. Sægesser (*Mon. f. Geb. U. Gyn.*, août 1936, CIII, f. 1-2, p. 14).
3. Stone (*Journ. Am. Méd. Ass.*, 4 oct. 1937, *CIX*, N° 20, p. 1903).
4. Péry (*Journ. Méd. Bordeaux*, 20 avr. 1936, N° 11, p. 281); et Bar, Blandin.
5. Parturier, Lannelongue (*Arch. Mal. App. Dig.*, nov. 1936, N° 9, p. 1092).
6. Laffont, Gares (*Soc. Obst. Alger*, oct. 1937).
7. Courtois (*La Gynécologie*, mai 1942).
8. Joseph Waclaw Crott (*Schw. Méd. Woch. 71*, N° 32, 9 août 1941).
9. Portes, Varangot, Thoyer-Rozat (*Soc. Obs. Paris*, 3 nov. 1941 et 2 fév. 1942).
10. A. H. Bréa (*Soc. Obst. Buenos-Ayres*, 27 oct. 1927).
11. Clermont et Gay, Toulouse (*Soc. Obst.*, 25 avr. 1928).
12. Bohler (*Soc. Obst. Strasbourg*, 1931).
13. Courtois (*Soc. des Chirurgiens de Paris*, févr. 1944).
14. Courtois (*Journ. des Praticiens*, 18 juin 1938-14 août 1937).
15. Courtois (*Soc. Française de Gynécologie*, févr. 1944).
16. Courtois (*Infections annexielles et gravido-puerpéralité*). Dax, 1944.
17. Rhenter et Lyonnet (*Soc. Obst. Lyon*, 10 mars 1930).
18. Lafard, Boursier et Mauge (*Soc. Obst. Bordeaux*, 11 mars 1930).
19. Ménaché (*Soc. Obst. Toulouse*, 19 décembre 1930).
20. Vignes (*Maladie des femmes enceintes*, II, Masson, Paris, 1935).
21. Raphaël Mestre (*Semana Medica*, 4 janv. 1923).
22. Jorge de Rezende (*Ictéricia e gravidez*, *Rev. de Gyn. e. Obst.*, nov. 1932).
23. Chiray (Maloine, 1944).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 9 JANVIER 1945

Installation du bureau pour 1945. — Allocution de M. Brouardel, président.

Notice nécrologique sur M. Hervieux. — M. Guérin.

Ferments, anaferments, antiferments; introduction à une étude immunologique comparative avec les toxines, anatoxines, antitoxines, les virus, anavirus, antivirus. — M. Ramon. — L'importance de l'étude des ferments abordée déjà par Pasteur s'est encore accrue depuis lors; aux ferments figurés ou solubles sont venus s'ajouter les toxines et les ultravirus, formant ainsi une triade d'éléments ayant de nombreuses analogies d'origine, de constitution de propriétés, de spécificité, de mode d'action.

Les nécessités de l'étude immunologique ont amené l'auteur à rechercher la possibilité de transformer, par l'action conjointe et prolongée du formol et de la chaleur, certains ferments en anaferments; il y a réussi dans certains cas (gélatinase du bacille tétanique, papaïne). Le pouvoir diastasique disparaît et le ferment est transformé en anaferment, comme les toxines le sont en anatoxines. Cet anaferment provoque dans le sérum sanguin de l'animal d'expérience à qui il est injecté la formation d'un antiferment capable d'annihiler spécifiquement l'activité enzymatique du ferment.

Importante extension à un domaine nouveau du principe fondamental des anatoxines.

La tuberculose et la période de guerre. — M. A. Courcoux. — Les périodes de guerre apportent toujours un accroissement de la mortalité et de la morbidité tuberculeuses. Les statistiques publiées après les guerres de 1870 et de 1914 le prouvent sans conteste.

L'époque actuelle n'a pas dérogé à cette règle, mais ce qui frappe surtout ce n'est pas tant l'augmentation des cas de tuberculose que l'augmentation de la gravité des formes cliniques et certaines perturbations dans leurs manifestations évolutives.

Alors que, depuis 1925, nous voyions régulièrement la mortalité tuberculeuse diminuer en France, son taux s'est brusquement relevé en 1941.

De 303 décès par tuberculose pour 100.000 habitants dans le département de la Seine en 1925, le chiffre tomba progressivement à 172 en 1938. En 1941, les décès remontent brusquement à 234 pour s'équilibrer les années suivantes aux environs de 180.

Certains départements à population surtout urbaine sont particulièrement touchés, tels les Bouches-du-Rhône, où l'augmentation par rapport à 1938 est de 84 %, — alors que d'autres départements à population surtout rurale, tels plusieurs départements bretons, ont vu leur chiffre de mortalité baisser de 30 et 40 % sur les chiffres de 1938.

Les conditions d'alimentation ont certainement joué un rôle important dans ces différences locales du taux de mortalité.

La morbidité a subi elle aussi une courbe ascendante dont l'acmé est en 1941.

Tous les âges, sauf les tout jeunes enfants, participent à l'augmentation de la morbidité et de la mortalité tuberculeuses avec prédominance marquée pour les adolescents, les jeunes adultes de 19 à 25 ans et les vieillards.

Le sexe masculin est le plus touché.

Enfin, la tuberculose pulmonaire représente 85 % de la totalité des décès pour tuberculose.

L'aggravation des formes cliniques s'est manifestée en 1941-42 par la fréquence des tuberculoses pulmonaires aiguës hypermalignes (pneumonies et broncho-pneumonies caséeuses, miliaires aiguës, granulies), par la fréquence des tuberculoses pulmonaires bilatérales, par l'extension rapide des formes qui au début paraissent banales et par leur évolution grave.

Les méningites tuberculeuses chez l'enfant et chez l'adulte les pleurésies graves, les polysérites sont plus nombreuses, de même que les tuberculoses osseuses et les tuberculoses mixtes.

Depuis 18 mois les formes aiguës ont un peu diminué, mais la persistance des évolutions graves, le nombre anormal des méningites et des pleurésies, la gravité des primo-infections de l'adolescent et du jeune adulte laissent la situation alarmante.

La sous-alimentation et les mauvaises conditions alimentaires ont une action indéniable sur cette augmentation de la gravité de la tuberculose.

Nos efforts doivent tendre à améliorer l'alimentation des jeunes, surtout entre 16 et 25 ans.

Vœu. — L'Académie, en conclusion à la communication de M. Courcoux, émet le vœu que les pouvoirs publics veillent à éviter toute diminution de la ration en graisses allouée à la population, mais au contraire réussissent à l'augmenter, notamment en ce qui concerne le beurre.

Discussion. — M. Armand-Delille insiste aussi sur l'importance qu'il y a à attirer à nouveau l'attention sur les mesures de prophylaxie, surtout infantile : vaccination par le B. C. G. en scarifications, recours à l'Œuvre Grancher et à ses filiales. L'Académie émet un vœu en ce sens.

A propos de la chirurgie de la douleur. — M. Lecercle. — A une observation antérieurement publiée l'auteur en ajoute trois nouvelles d'opération sur le sympathique employée avec succès contre la douleur. Dans ces cas nouveaux comme dans l'ancien une intervention unilatérale, d'abord conçue comme le premier temps d'une intervention bilatérale, soulage les douleurs rebelles bilatérales. Il s'agit d'un cancer ano-rectal où les douleurs bilatérales cessent et où la fonction colique s'améliore notablement; d'un cancer inopérable du col utérin où l'opération supprime la douleur bilatérale et tarit l'écoulement fétide; de crises angineuses chez un sénile profondément taré chez qui une stellectomie droite supprime les douleurs dans le bras gauche qui avaient persisté malgré une stellectomie gauche.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 13 décembre 1944

Anesthésie aux armées. — M. Curtillet montre que l'on utilise presque exclusivement soit l'anesthésie intra-veineuse au penthotal, soit l'anesthésie en circuit fermé (éther-protoxyde). Le penthotal est utilisé comme l'évipan mais possède sur celui-ci le calme de l'anesthésie; les contre-indications à son emploi sont le shock, les blessures de la face, du thorax. Il insiste sur les avantages de l'anesthésie en circuit fermé sur ces catégories de blessés.

M. R. Monod a été frappé des services rendus par les centres de réanimation.

Deux cas de kystes hydatiques du foie à évolution thoracique opérés par thoracotomie large en plèvre libre. — MM. Sauvage et Mathey insistent sur l'intérêt de la thoracotomie large et de son innocuité si l'on observe les règles de la chirurgie thoracique.

M. R. Monod souligne le caractère exceptionnel de l'association kyste hydatique du foie et kyste hydatique du poumon.

Présentation de malade : grands accidents d'hypoglycémie. Ablation d'un gros adénome de la queue du pancréas. — MM. Brocq et Garcin.

Eloge de M. Cunéo, membre décédé. M. Bréchot.

M. Cadenat est élu président pour 1945. M. Basset vice-président.

Séance du 20 décembre 1944

Exclusion complète de la moitié droite du colon toléré 22 mois. — M. Simon. M. Hepp, rapporteur.

Un cas de genou à ressaut. — M. Simon. Rapport de M. Hepp.

Thrombo-phlébite de la paroi thoracique. — M. Calvet. — M. Mondor rappelle que certaines de ces phlébites ont pu être examinées du point de vue histologique.

Un nouveau cas de sténose traumatique de l'intestin grêle. — MM. Oberthur et Moreau. — Rapport de M. Sorrel qui souligne le caractère exceptionnel de cette lésion.

MM. Rudler et Gatellier ont observé des désinsertions mésentériques d'origine traumatique.

Diverticule sus-diaphragmatique de l'œsophage ouvert dans les bronches et compliqué d'abcès du poumon. — M. R. Monod a abordé cette lésion par voie transpleurale.

Œsophagoplastie préthoracique. — M. Gueulette présente un malade auquel il a fait en plusieurs temps cette opération pour un rétrécissement de l'œsophage. Le résultat est fonctionnellement parfait.

M. Aurousseau est élu membre titulaire de l'Académie.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 décembre 1944

Colique néphrétique, hématurie et anurie transitoire par obstruction uretérale cristalline au cours d'un traitement sulfamidé. — MM. Nicaud, Lafitte, Périer et Castaigne. — Observation d'une jeune femme traitée par les sulfamides pour une arthrite blennorrhagique : 7 jours après le traitement, apparition d'une colique néphrétique gauche avec oligurie, hématurie et anurie. Disparition des accidents par cathétérisme uretéral libérant l'obstruction uretérale réalisée par les précipitations cristallines suffamidées. Ces cristaux reconnaissables à leur point de fusion sous forme de dérivés acétylés.

Amaurose barbiturique. — MM. Nicaud, Lafitte, Périer et Ardouin. — Observation d'amaurose barbiturique survenue après absorption de 3 grammes de Gardénal, ayant provoqué une somnolence avec obnubilation sans coma et traitée par la strychnine poursuivie pendant douze jours. L'examen a permis de noter une hypotension sans aucun spasme de l'artère centrale de la rétine.

Tumeurs polypoïdes, bronchiques. — MM. Santy, Noël, Bérard et Galy (Lyon). — Le polymorphisme de ces tumeurs est tel qu'une biopsie forcément limitée ne renseigne que mal sur l'architecture générale de la malformation portant sur son extension vraie. Diverses considérations sont en faveur, dans la majorité des cas, d'une exérèse chirurgicale par pneumonectomie malgré les risques opératoires.

Séance du 15 décembre 1944

Comportement de la soif au cours de l'épreuve de restriction des boissons dans le diabète insipide. — M. Kourilsky, Mlle Lucienne Corre et M. Mignot ont étudié chez quatorze malades atteints de diabète insipide des variations de la soif pendant et après l'épreuve de restriction vraie. Cette épreuve permet une classification provisoire du diabète insipide en trois variétés : polydipsie irréductible, momentanément réductible sans difficulté et définitivement réductible.

Traitement du botulisme aigu au moyen de la sérothérapie et du poumon d'acier. — MM. Lagrave, Geramec et Levaditi. — L'observation de plusieurs cas mortels du bolutisme ont conduit les auteurs à envisager le traitement du bolutisme par la respiration artificielle continue telle que la réalise le poumon d'acier. L'action conjuguée de la sérothérapie spécifique et la respiration dans le poumon d'acier permet des survies importantes, très supérieures à celles obtenues par l'un ou l'autre de ces thérapeutiques agissant séparément.

Un cas de guérison de botulisme aigu grave traité par la respiration artificielle (poumon d'acier). — MM. Mouquin, Bastin et Lefèvre. — Cette méthode thérapeutique constitue un encouragement à traiter tous les cas graves de bolutisme, mais il serait prématuré de porter un jugement définitif, car l'expérimentation chez l'animal a entraîné des survies notables mais pas de guérison.

Etude anatomique d'une tumeur mésenchymateuse maligne intra-thoracique (réticulo-angiome-embryonnaire). — MM. Leroux, Bariéty, Monod et Coury. — Chez un malade la tumeur extirpée lors d'une première intervention put être considérée comme une tumeur nerveuse développée aux dépens de la gaine de Schmann. Trois mois plus tard, l'examen d'une métastase montra qu'il s'agissait d'une tumeur mésenchymateuse maligne. Les tumeurs de ce type sont très rares.

Sarcome intra-thoracique muet à détermination terminale suraiguë. — MM. Bariéty, Monod, Hanaux, Coury et Gosset. — Chez une femme de 39 ans on découvre par hasard à la partie moyenne de chaque hémithorax une opacité circulaire juxta-médiastinale. Il s'agissait d'une tumeur mésenchymateuse maligne. Les auteurs soulignent le silence clinique de la sarcome et la poussée aiguë terminale vraiment explosive.

Hyperglycémie chronique spontanée avec accidents comateux répétés. Ablation chirurgicale d'un adénome pancréatique. Guérison immédiate et définitive. — MM. Pierre, Recq, Garcin, Jegel et Godlewski. — Malade atteinte depuis trois ans d'accidents d'hypoglycémie spontanée évoluant sous les traits de comas. Guérison par ablation d'un adénome langerhausien volumineux avec retour à la normale de la glycémie sans doute défititive.

INFORMATIONS

(*Suite de la page 34*)

— M. le professeur Barrier (d'Alfort), membre et ancien président de l'Académie de Médecine et de la Société de Biologie, vient de mourir à l'âge de 92 ans. Il était commandeur de la Légion d'honneur.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort survenue à Paris, à l'âge de 82 ans, de Mme Chevassu, veuve du médecin général inspecteur Chevassu, et mère et belle-mère du professeur Maurice Chevassu, membre de l'Académie de Médecine et de Mme Maurice Chevassu, née Lermoyez. Ses obsèques ont eu lieu la semaine dernière, à Saint-François-Xavier. Nous prions le professeur et Mme Chevassu de recevoir l'expression de notre très profonde sympathie.

— Le Dr Constant Petit, membre de la Société Française d'Ophtalmologie, décédé à Saumur le 24 janvier 1945. Il était le père du médecin lieutenant Jacques Petit, interne des hôpitaux de Paris, à qui nous adressons nos condoléances émues.

— M. Maxime Guyot, pharmacien, président honoraire du syndicat de la pharmacie parisienne, décédé à Paris à l'âge de 73 ans.

Nous adressons à son fils, le Dr Louis Guyot, directeur des *Echos de la Médecine*, l'expression de notre bien vive sympathie.

LIVRES NOUVEAUX

Les fossiles vivants des cavernes, par le Dr René Jeannel, professeur au Muséum national d'histoire naturelle. Un vol. grand in-8°, 321 pages, 120 figures, 160 fr. Gallimard éditeur, Paris, 1944.

L'étude des cavernes, pratiquée dans le monde entier depuis peu d'années, a montré qu'il y existe une faune abondante. Il s'agit d'insectes. Vivant dans une obscurité complète et une atmosphère d'humidité à saturation, leurs téguments ont perdu toute pigmentation ; ils sont privés d'yeux, leurs ailes sont réduites à l'état de moignons. On trouve dans les lacs ou rivières souterraines des crustacés, des poissons variés et aussi très évolués. Ces modifications sont le résultat d'une lente évolution, car ces animaux vivants sont sans doute les plus vieux du monde. Ils ont existé bien avant les cavernes où ils se sont réfugiés lors des périodes d'expansion marine. On peut admettre pour beaucoup que leur existence remonte au début du crétacé. La répartition de ces habitants des cavernes fournit des renseignements précis pour la paléogéographie, en particulier pour le bassin méditerranéen. Le livre de M. Jeannel résume de manière magistrale l'etat actuel de cette science nouvelle.

M. L.

CHRONIQUE

Réunion du Comité National des Médecins français

Le Comité National des Médecins français avait convié le corps médical le 14 janvier à une conférence à la Faculté. M. Billoux, ministre de la Santé publique, présidait, entouré de MM. Roussy, recteur de l'Académie de Paris, Baudouin, doyen de la Faculté de Médecine, Pamphilet, directeur de l'Ecole normale supérieure, les Drs Rist et Debré.

L'assistance nombreuse comprenait, outre les médecins parisiens, des provinciaux venus pour les assises des comités médicaux de la Résistance qui se tenaient à Paris les 13, 14 et 15 janvier.

Le professeur Debré, président du C. N. M. F. expose d'abord les raisons de cette réunion. Elle constitue d'abord un appel à la fusion des différents groupements de la Résistance médicale ; mais il faut aller plus loin et, dans l'esprit du mouvement du Front national, ouvrir largement la porte du groupement à tous les médecins français sans distinction de parti, de race, de religion, qui ont le goût de l'action immédiate. C'est avec l'assentiment du Comité directeur du C. N. R. que le prof. Debré lance cet appel.

Quel sera le rôle de ce groupement national ? Très différent de l'organisation syndicale chargée de la défense des intérêts, de la situation des médecins, son but sera l'organisation sanitaire du pays.

En période de guerre, c'est une nécessité absolue de réaliser l'union nationale. Elle devra durer après guerre pour réaliser des modifications sociales très larges et audacieuses, Enfin, il est indispensable que le corps médical s'associe aux mouvements de la résistance des autres travailleurs intellectuels et travaille avec eux au relèvement de la France et à son rayonnement dans le monde.

M. Pamphilet, directeur de l'école normale supérieure déclare qu'au milieu de ses ruines, jamais notre pays n'a été plus beau, plus fort, car le Front national existe et continuera à exister. L'opinion générale souhaite son élargissement. Le front national universitaire souhaite une réunion générale de tous les groupements intellectuels français indispensable pour la défense des intérêts français dans le monde. Mais pour être active, vivante, une telle réunion ne peut se concevoir que sous la forme fédérative.

C'est ensuite successivement M. Pierre Lebrun membre du comité directeur des ingénieurs et techniciens français, M. Dropsy, artiste médailleur, représentant le front national des arts, M. Ohnenwold, architecte, au nom du front national des architectes, M. Ricardon, du front national des pharmaciens, qui affirment la nécessité de réaliser l'union dans leurs groupements, si elle n'est déjà faite et qui apportent leur adhésion au projet de Fédération des intellectuels français.

M. Debu-Bridel, littérateur, dans un discours plein de flamme, expose comment s'est constitué le comité national des écrivains et ce qu'il a fait dans la clandestinité. Son rôle n'est pas terminé. Sans chercher à diriger les masses populaires, nous devons suivre leurs aspirations. Il faut accélérer l'épuration, intensifier l'effort de guerre et travailler au relèvement de la France.

Le Révérend Père Philippe, membre du C. N. R. au nom des religieux apporte des paroles d'apaisement. Il faut laisser à chacun sa liberté d'opinion, éviter le sectarisme qui fait dévier du plan des doctrines dans le plan des personnes et accueillir toutes les personnes loyales et désintéressées. Ce qui domine actuellement c'est l'effort de guerre ce qui suppose l'esprit de sacrifice.

C'est M. Billoux, ministre de la santé publique qui apporte la conclusion de ces différents exposés. A côté du syndicalisme renaissant et de l'ordre des médecins reconstitué. Il approuve la formation d'une grande fédération médicale, non pas séparée de la nation mais formant bloc avec elle.

Le rôle des médecins pendant la guerre est considérable : combien d'entre eux sont partis remplacer leurs camarades aux armées, combien vont être nécessaires au retour des 3 millions d'hommes et de femmes français qui sont en Allemagne.

Si la France veut être forte il faut qu'elle aborde après la guerre le problème de la dénatalité. On a dit à tort qu'il y avait trop de médecins en France. Comment expliquer alors que la France vient en tête de la mortalité infantile, avec ses 40.000 décès annuels d'enfants de moins d'un an. Pourquoi l'assistance publique a-t elle en charge plus de 200.000 enfants ? Et pourquoi plus de 40.000 enfants ont-ils été traduits en un an devant les tribunaux. Devant de tels chiffres on est bien forcé d'avouer que la société est fautive.

La tuberculose est en pleine augmentation. J'entends, dit le ministre, vous donner l'indépendance la plus large pour votre organisation. Continuez à collaborer avec le gouvernement pour transformer la situation sanitaire du pays. Le ministre termine en souhaitant que le Comité médical de la Résistance française puisse devenir le Comité médical de la Renaissance française.

M. L.

INTERETS PROFESSIONNELS

Compte rendu succinct de la séance du 14 janvier 1945 du Comité de Coordination

Le Comité de Coordination des Conseils départementaux des Médecins de la Région parisienne s'est réuni le 14 janvier 1945 à son siège social, 28, rue Serpente, sous la présidence du Dr Tissier-Guy.

La plus grande partie de la séance a été consacrée à l'examen d'un projet d'ordonnance récemment élaboré par les services du ministère du Travail sur les instances de l'Union des Caisses d'Assurances sociales de la Région parisienne. Ce projet qui, sitôt qu'il a été connu, a soulevé une vive émotion dans le corps médical, prévoit pour les assurés sociaux non seulement un tarif limitatif d'honoraires mais la taxation de ces derniers par les services du ministère du Travail comme en matière d'accidents du travail. Si le projet du ministre du Travail était adopté, il mettrait fin à l'entente directe et enlèverait à nos organismes professionnels (Conseil de l'Ordre ou Syndicats) le droit de fixer les honoraires minima des médecins pour une bonne moitié de la population française.

Le Comité de Coordination a été tenu au courant des démarches et des efforts faits de tous côtés par les groupements professionnels et notamment par le Conseil supérieur des médecins, par le Conseil départemental des médecins de la Seine et par les Comités médicaux de la Résistance pour combattre le projet ministériel et s'opposer à son adoption. Il s'est associé pour sa part à ce mouvement de protestation et les Conseils départementaux de Seine-et-Oise et Seine-et-Marne ont décidé de faire auprès des ministres du Travail, de la Santé publique et de l'Economie nationale les mêmes démarches que celles déjà faites par le Conseil départemental de la Seine.

Extraits de la Protestation du Conseil départemental

Le Conseil départemental des médecins de la Seine a l'honneur de soumettre à la bienveillante attention de M. le Ministre de la Santé publique l'exposé ci-dessous, relativement au projet d'ordonnance élaboré par les soins du ministère du Travail et concernant les honoraires médicaux.

Caractéristiques principales du projet d'ordonnance. — Le projet d'ordonnance de M. le Ministre du Travail, s'il était adopté, aurait essentiellement pour résultat pratique :

1° d'établir une taxation des honoraires médicaux pour les soins donnés aux assurés sociaux et à tous ceux qui sont plus ou moins assimilés aux assurés sociaux : bénéficiaires de régimes particuliers d'assurances, personnel de la S. N. C. F., sociétés de secours mutuels, etc...;

2° d'interdire à tous les médecins quels qu'ils soient, sous peine de sanctions graves, de demander auxdits assurés sociaux et assimilés des honoraires supérieurs aux tarifs fixés en fait par le ministre du Travail;

3° de préparer la voie au régime dit du tiers payant.

Critiques adressées au projet d'ordonnance par le Conseil départemental de la Seine

1° La taxation des honoraires médicaux prévue par le projet d'ordonnance du ministre du Travail ne correspond à aucune nécessité;

2° La taxation des honoraires envisagée par le projet d'ordonnance du ministre du Travail risque d'aboutir à *un abaissement de la moralité* du corps médical;

3° La taxation des honoraires et leur abaissement prévu entraîneraient automatiquement la création de deux catégories de médecins.

Conclusions

« Pour toutes les raisons exposées ci-dessus et pour beaucoup d'autres qui n'ont pu être développées ici pour ne pas surcharger une note déjà longue, le Conseil des médecins de la Seine est résolument hostile au projet d'ordonnance élaboré par les services du ministère du Travail, projet nettement inspiré de la loi allemande et nationale-socialiste des assurances sociales.

Il demande que la loi française soit maintenue dans son texte et dans son esprit, conformes aux traditions du corps médical français, et respectant dans toute sa plénitude la personnalité de l'assuré social. »

Hôpitaux libres

Les principaux représentants des groupements de médecins, de spécialistes, de chirurgiens, de la région de Paris et de France, et des délégués des hôpitaux libres se sont réunis le 12 janvier 1945.

Plusieurs questions ont été longuement examinées : rapports avec les assurances sociales, qualification des spécialistes, centres de diagnostics, nouvelle organisation de la médecine.

Le Comité a chargé un bureau, composé de MM. Rœderer, Mouthon, Rouzaud, Courtois, de suivre attentivement l'évolution des questions considérées et de défendre, en son nom, dans le sens indiqué par lui, les principes professionnels, en liaison avec MM. Sénéchal, Tissier-Guy, Descomps et Lafay.

Union Fédérative Nationale des Médecins de Réserve

58, rue Chardon-Lagache, Paris (XVIe)

Le Dr Julien Huber, président de l'Union Fédérative Nationale des Médecins de Réserve, communique :

« Pendant tout le temps de l'occupation, nous avons continué notre action.

De généreux concours nous ont permis de secourir ceux de nos confrères qui ont été sinistrés et les femmes et les enfants de médecins que la captivité ou la déportation du chef de famille laissait dans l'embarras.

Nous faisons appel à la générosité des médecins pour qu'ils pensent aux foyers dévastés de leurs confrères moins favorisés qu'eux.

D'autre part, M. le médecin colonel Debenedetti, directeur du Service de Santé au ministère de la Guerre, a envoyé la lettre ci-jointe aux membres de l'Union Fédérative Nationale des Médecins de Réserve. »

Le médecin lieutenant-colonel Debenedetti, directeur du Service de Santé au ministère de la guerre aux officiers de réserve du Service de Santé.

Mes chers Camarades,

« Jamais le Service de Santé de l'Armée n'a eu à faire face à des difficultés plus lourdes qu'en 1944, sur un territoire spolié par l'ennemi

Sans doute notre programme d'équipement hospitalier est-il en bonne voie; mais sa réalisation est loin d'atteindre encore les limites qui nous sont imposées par les besoins des Armées, de l'intérieur, et par ceux que fera naître le retour de nos prisonniers.

Sous quelque forme que vous me l'offriez, votre aide m'est indispensable : que les plus jeunes d'entre vous participent au services des Armées; que les anciens concourent au service du territoire; en créant un climat favorable à l'accomplissement de notre mission, qu'ils nous aident aussi ceux qui, en raison de leur âge, de leur état de santé, voire de leurs charges professionnelles, ne peuvent servir sous l'uniforme.

Au cours d'une visite qui m'a profondément touché, vos Présidents se sont portés garants de votre attachement et de votre dévouement à l'Armée. Etait-il besoin de leur témoignage — pour précieux qu'il fût — pour affirmer la confiance que mon expérience m'a permis d'avoir en vous, en paix comme en guerre.

Aux côtés de vos camarades de l'active, ne vous êtes-vous pas couverts de gloire, militaire et scientifique, pendant la guerre 1914-18? A nouveau, du Tchad à Tunis, en Italie, en France... partout dans l'empire, vous avez pris une revanche magnifique sur le destin malheureux de

nos armes pendant le premier épisode, si douloureux, de cette longue guerre. Cependant, par leur héroïsme et par l'organisation de leur service, les médecins et leurs camarades sanitaires de la résistance faisaient l'admiration de tous les combattants de l'intérieur.

Comment ne pas compter sur vous maintenant que le Service de Santé est engagé dans la phase difficile de son histoire, mais dans une période annonciatrice de la victoire.

En retour, comptez sur moi qui ai le périlleux honneur d'être à votre tête, et sachez que toute mon énergie s'emploiera, dans le présent comme dans l'avenir, à contribuer, avec votre concours, à l'union amicale, sans restriction, des officiers de réserve du Service de Santé avec leurs camarades de l'active, dont je puis vous assurer qu'ils vous sont sincèrement et profondément attachés. »

Le médecin lieutenant-colonel
Debenedetti
directeur du Service de Santé.

Promotion des docteurs en médecine et étudiants en médecine et engagement des médecins et étudiants étrangers. — Pendant la durée des hostilités, les docteurs en médecine, engagés volontaires, pour la durée de la guerre, pourront être nommés au grade de médecin sous-lieutenant dès la signature de leur engagement, et aucune condition d'ancienneté dans ce grade ne sera exigée pour leur promotion éventuelle au grade de médecin lieutenant.

La même mesure pourra être appliquée aux étudiants en médecine titulaires de vingt-quatre inscriptions valables pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine.

Pendant la durée des hostilités, les étudiants en médecine, engagés volontaires pour la durée de la guerre, internes des hôpitaux d'une ville de Faculté, nommés au concours et titulaires de seize inscriptions validées, pourront être nommés médecins auxiliaires dès la signature de leur engagement et aucune condition d'ancienneté dans ce grade ne sera exigée pour leur promotion éventuelle au grade de médecin sous-lieutenant.

Pendant la durée des hostilités, les étudiants en médecine, engagés volontaires pour la durée de la guerre, et titulaires d'au moins huit inscriptions validées, pourront être nommés médecins auxiliaires dès qu'ils auront subi avec succès l'examen d'aptitude prévu par le décret du 21 novembre 1925.

Les étudiants titulaires d'au moins seize inscriptions validées pourront être promus médecins sous-lieutenants dès qu'ils auront plus de six mois d'ancienneté dans le grade de médecin auxiliaire.

Les étudiants ayant moins de seize inscriptions validées pourront être promus médecins aspirants dès qu'ils auront plus de six mois d'ancienneté dans le grade de médecin auxiliaire.

Pendant la durée des hostilités, pourront être promus au grade de médecin commandant de réserve, à la seule condition d'avoir été primitivement promus au grade de médecin sous-lieutenant, les professeurs titulaires des Facultés de médecine, les professeurs agrégés des Facultés de médecine parvenus au terme de leurs neuf années d'agrégation, les médecins et chirurgiens des hôpitaux nommés au concours depuis dix ans au moins dans les villes possédant une Faculté de médecine.

Pendant la durée des hostilités, pourront être promus au grade de médecin capitaine de réserve, à la seule condition d'avoir été primitivement promus au grade de médecin sous-lieutenant, les professeurs agrégés des Facultés de médecine, les médecins et chirurgiens des hôpitaux nommés au concours depuis moins de dix ans dans les villes possédant une Faculté de médecine.

Les médecins et étudiants en médecine étrangers sont autorisés à contracter un engagement pour la durée de la guerre dans les mêmes conditions que les médecins et étudiants français, mais ils servent à titre étranger et provisoire.

A titre exceptionnel, ces engagements pourront être reçus au titre du service de santé militaire. (J. O., 18 janv. 1945).

Mariages

Le professeur et madame Maurice Lœper font part du mariage du Dr Jacques Lœper, chef de clinique de la Faculté, leur fils, avec mademoiselle Lucienne Bedu. La cérémonie aura lieu en la Basilique de Sainte-Clotilde, le jeudi 8 février, 11 h. 30 précises.

Nous apprenons le mariage de Mlle Nicole Lautier, externe des hôpitaux, fille de notre regretté confrère le Dr Jean Lautier, ancien médecin-chef de l'asile de Bron, et de Mme Jean Lautier, avec M. Charles Coffin, interne provisoire des hôpitaux, fils du Dr Maurice Coffin, ancien interne lauréat des hôpitaux, et de Mme Maurice Coffin (Paris, 23 janvier 1945).

Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe) Dépôt légal. — 1945. — 1er Trimestre. — N° 1. — Le Gérant : F. Le Sourd

N° 4. — 15 FEVRIER 1945 118e ANNEE Ce numéro : 4 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 100 fr. Etudiants, 50 fr.; Etranger, 150 et 180 fr.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER
116, boulevard Raspail, PARIS (6e)
Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de Médecine de Paris

La chaire de médecine légale de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris (titulaire : M. Duvoir) prend le nom de chaire de *Médecine légale et Médecine du Travail*.

Facultés de médecine de province

Bordeaux. — La chaire de pathologie et thérapeutique générales est transformée en chaire de clinique médicale des maladies des enfants.

Lille. — La chaire d'histologie, dernier titulaire M. Debeyre, retraité, est déclarée vacante.

Lyon. — M. Paupert-Ravault, agrégé, est nommé, à titre provisoire, professeur de pathologie interne (en remplacement de M. Cordier, décédé).

— M. Trillat, agrégé, est nommé, à titre provisoire, professeur de clinique obstétricale (en remplacement de M. Rhenter, décédé).

— La chaire d'anatomie (dernier titulaire : M. Latarjet, retraité) est déclarée vacante.

La chaire de pathologie générale et thérapeutique (dernier titulaire M. Dechaume), transféré dans la chaire de clinique neurologique et psychiatrique), est déclarée vacante.

(J. O., 31 janv. 1945.)

M. Wertheimer, agrégé libre, est chargé, à titre provisoire, du service de la chaire de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Bertrand.

Marseille. — Le titre de professeur honoraire est conféré à M. Audibert, ancien professeur.

Nancy. — La chaire de chimie biologique, dernier titulaire M. Robert, retraité, est déclarée vacante.

Toulouse. — La chaire de clinique ophtalmologique est déclarée vacante.

(J. O., 12 janv. 1945.)

La chaire de pathologie chirurgicale est transformée en chaire de clinique oto-rhino-laryngologie.

M. Jean Calvet, chargé de cours O.-R.-L., est nommé à titre provisoire, à compter du 1er janvier 1945, professeur titulaire de la chaire de clinique oto-rhino-laryngologie.

Ecoles de médecine

Dijon. — Par décret en date du 18 janvier 1945, il est créé à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, une suppléance des chaires de physiologie et d'histologie.

Education nationale

Facilités accordées à certaines catégories d'étudiants. — Un arrêté en date du 23 janvier 1945 constate la nullité de l'acte de l'autorité de fait se disant gouvernement de l'État français, dit arrêté du 12 septembre 1942 concernant les facilités accordées à certaines catégories d'étudiants.

En conséquence sont déclarés nuls les diplômes obtenus par application des articles 1er et 2 de l'acte dit arrêté du 12 septembre 1942.

Professeurs de classe exceptionnelle. — Un décret en date du 20 janvier 1945 est relatif à la nomination à la classe exceptionnelle des professeurs titulaires de l'enseignement supérieur.

Académie de Médecine

Le 6 février 1945, M. Louis Bazy a été élu membre titulaire dans la section de chirurgie, en remplacement de M. Jean-Louis Faure, décédé.

Grenoble. — M. Corneloup est renouvelé pour trois ans, à compter du 1er octobre 1944, dans ses fonctions de directeur.

Commissions consultatives. — Sont nommés membres des Commissions consultatives de révision des nominations et de l'avancement pour le personnel de toutes catégories appartenant aux Facultés de province:

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Médecine : Les professeurs Lemierre, H. Bénard (Paris), Gernez (Lille) et Boulet (Montpellier).

Chirurgie : Les professeurs Mocquot et Mathieu (Paris), Weiss (Strasbourg), Tavernier (Lyon).

Obstétrique : Les professeurs Lévy-Solal et Debré (Paris), Rohmer (Strasbourg), Faugère (Bordeaux).

Anatomie : Les professeurs Rouvière et Champy (Paris), Soula (Toulouse), Fabre (Bordeaux).

Physique : Les professeurs Strohl et Polonowski (Paris), Coutelen (Lille), Lisbonne (Montpellier).

Pharmacie : Les professeurs Léon Binet et Sommelet (Paris), Fourment (Alger), Cordier (Strasbourg).

Médecine préventive. — Le « Journal officiel » du 10 février 1945 publie un décret relatif à la rémunération du personnel médical du service de médecine préventive des établissements d'enseignement supérieur des Beaux-Arts : médecins examinateurs : 10 francs par élève examiné ; secrétaires médicaux (internes ou externes des hôpitaux), 3 francs par élève examiné.

Le médecin chargé du secrétariat technique du service de médecine préventive des Beaux-Arts reçoit une indemnité forfaitaire annuelle de 12.000 francs.

Santé publique

Citation à l'ordre de la Nation. — Sur proposition du ministre de la Santé publique, le Gouvernement provisoire de la République française cite, à titre posthume :

A l'Ordre de la Nation : M. Baneilles (Pierre-Joseph-Marie) :

Jeune médecin d'une compétence, d'un courage et d'un entrain exemplaires, mem-

bre de la Résistance médicale depuis janvier 1944 (groupe médical de secours).

Est parti volontairement avec la première mission sanitaire envoyée dans la Manche au secours des Français, en juillet 1944, par la Résistance.

A assuré pendant quinze jours la direction d'un poste de secours de l'extrême-avant qui contrôlait en même temps d'immenses colonnes de réfugiés.

Malgré un survol constant de l'aviation, n'a cessé de prodiguer avec le plus grand calme ses soins aux blessés et aux malades, sans se soucier du danger ni de la fatigue.

A été mortellement blessé à Villebaudon (Manche) en se rendant auprès d'un blessé, le 26 juillet 1944.

Fait à Paris, le 22 janvier 1945.

C. DE GAULLE.

Par le Gouvernement provisoire de la République française :

Le ministre de la Santé publique,

François BILLOUX.

Conseil supérieur des médecins. — Par arrêté en date du 20 janvier 1945, la section d'appel disciplinaire du Conseil supérieur des médecins est composée comme suit :

MM. les docteurs :

Descomps, 1, rue Le Nôtre, Paris (16e).
Gernez Rieux, 22, rue Joncquet, Lille.
Guillermet (Mlle), Miribel (Ain).
Lefrançois, 17, rue Coligny, Le Havre.
Roux-Berger, 8, rue des Saints-Pères, Paris.
Vincent, 11, rue Champigny, Sucy-en-Brie (Seine-et-Oise).
M. Doublet, 51, rue Saint-André-des-Arts, Paris, maître des requêtes au Conseil d'Etat.

Commission consultative de la presse et des éditions de la santé publique. — Le ministre de la Santé publique,

Vu l'ordonnance du 3 juin 1943 portant institution du Comité français de la libération nationale, ensemble les ordonnances des 3 juin et 4 septembre 1944 ;

Vu l'ordonnance du 30 septembre 1944 relative à la réglementation provisoire de la presse périodique en territoire métropolitain libéré,

Arrête :

Art. 1er. — Il est créé une commission consultative de la presse et des éditions de la santé publique pour l'examen de toutes les difficultés auxquelles donne lieu, dans les circonstances actuelles, la publication des journaux, périodiques et ouvrages qui relèvent, par leur technicité, du ministère de la Santé publique.

Art. 2. — Cette commission est composée comme suit :

Le secrétaire général de la santé, président.

Les conseillers techniques permanents.

Le conseiller technique pour la pharmacie.

Le directeur de la santé, un inspecteur général médecin et deux membres du cabinet du ministre.

Trois éditeurs.

Trois médecins proposés par le conseil supérieur des médecins.

Les présidents ou secrétaires généraux de l'Académie de médecine, de l'Académie de chirurgie, de la Société de biologie et de la Société médicale des hôpitaux.

Un représentant de la Société médicale des hôpitaux libres.

Quatre représentants de l'union des syndicats de la presse médicale.

Art. 3. — La commission peut s'adjoindre, occasionnellement, toutes personnes dont le concours, en raison de leur compétence ou de leurs fonctions, lui paraît utile pour l'étude des affaires inscrites à l'ordre du jour.

Art. 4. — Le secrétaire général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 25 janvier 1945.

François BILLOUX.

Conseil supérieur d'hygiène publique de France. — Sont nommés pour trois ans membres du Conseil : MM. Dr Barthe, A. Berry, Léon Bertrand, Dr Boivin, Dr Bonnet, prof. Boulanger, de Brancion, Dr Briau, Dr Broquet, Dr Brouardel, Dr Cavaillon, Chaleix, Cheymol, Chrétien, Dr Coutel, prof. Couvelaire, Dr Cruveilhier, Dabat, Dr Dequidt, Dienert, prof. Debré, Dr Lucien Dreyfus, Dr Dujarric de la Rivière, Fontaine, prof. Gastinel, Guillerd, Dr Hazemann, Dr J. Huber, Jaffet, Kling, Koch, Kohn-Abrest, prof. Leclercq, prof. Lemoigne, Lepape, Michel Lévy, Dr Lesné, Lormand, prof. Machebeuf, Martel, Dr Louis Martin, prof. Mazel, prof. Melnotte, prof. Mouriquand, prof. Nattan-Larrier, Dr Neveu, Patrix, Dr Pierret, Puget, Ramon, Dr Jules Renault, prof. Santenoise, prof. Schaeffer, Sentenac, prof. Simonnet, prof. Tanon, prof. Tiffeneau, Vaillant, prof. Verge, Dr Villejean, Vignerot, Wibaux.

Sont nommés membres honoraires : MM. Louis Bonnier, André Loewy, prof. Vallée, Dr Paquet.

Experts pour le contrôle des spécialités pharmaceutiques. — Un arrêté en date du 1er janvier 1945 (J. O., 6 janvier 1945), est ainsi conçu :

Art. 1er. — A la liste des experts agréés pour le contrôle des spécialités pharmaceutiques établie par l'arrêté provisoirement applicable du 18 août 1942, modifiée et complétée par les arrêtés provisoirement applicables du 13 octobre 1942, du 14 décembre 1942 et du 14 avril 1944, doivent être ajoutés les noms de MM. les professeurs Fiessinger, médecin de l'Hôtel-Dieu, à Paris ; Harvier, médecin de l'hôpital Cochin, à Paris ; Justin-Besançon, médecin de l'hôpital Broussais, à Paris ; Tzanck, médecin de l'hôpital Saint-Louis, à Paris ; Villaret, médecin de l'hôpital Broussais, à Paris ; Malmejac, professeur de physiologie à la Faculté de médecine d'Alger ; Paget, professeur à la Faculté libre de médecine et de pharmacie de Lille.

(Voir suite des informations, p. 61.)


BOLDINE HOUDÉ
FOIE


AFFECTIONS
SAISONNIÈRES
DES VOIES
RESPIRATOIRES
SUPERIEURES
CORYZA
RHUME DES FOINS
TRACHÉO-BRONCHITE
cèdent rapidement grâce à la
SYNERGIE MÉDICAMENTEUSE
ANTIDYSPNÉIQUE & DÉCONGESTIVE
réalisée par la
CORYPHÉDRINE
ASPIRINE + SANÉDRINE
Acide acétylsalicylique
Chlorydrate d'Éphédrine lévogyre
SOUS FORME DE
COMPRIMÉS
RENFERMANT
ASPIRINE : 0.GR.50
SANÉDRINE : 0.GR.015
Tube de 20 comprimés
1 à 4 comprimés par 24 heures
en prises espacées
SOCIÉTÉ PARISIENNE
D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA
MARQUES POULENC FRÈRES
ET USINES DU RHÔNE
21, Rue Jean Goujon · PARIS


HYPERCHLORHYDRIE
DYSPEPSIES NERVEUSES
Toutes gastralgies
KAOBROL
2 { Formules
Formes
SIMPLE ou BELLADONÉ
TABLETTES ou POUDRE


HÉPATISME
ARTHRITISME
Cure de décholestérinisation
DECHOLESTROL
1 PAQUET douze jours par mois
matin et soir avant les repas
dans un demi verre d'eau

LA TRANSFUSION SANGUINE

RAPPEL DE QUELQUES NOTIONS FONDAMENTALES ET PRATIQUES

Par le Dr François Morel
Ancien Assistant au Collège de France.

Préambule

Dans les circonstances exceptionnelles que nous traversons, les transfusions sanguines restent particulièrement à l'honneur. Il nous a dès lors paru opportun de rappeler — très schématiquement, en style télégraphique — ce que tout transfuseur, même improvisé, n'a pas le droit d'ignorer. Ce sont ces mêmes directives que nous avions remises aux médecins de garde de notre service des transfusions de guerre, en 39-40.

L'indispensable sur les groupes sanguins

— *Les classifications :*

JANSKI (*à rejeter*)	MOSS (*en usage en France*)	VON DUNGERN et HIRSZFELD (internationale)		Proportions schématiques en France	
		Agglutinogènes (Globules)	Agglutinines (Sérum)		
IV	I	*AB*	o	5 %	Receveurs univ.
II	II	*A*	β	40 %	
III	III	*B*	α	10 %	
I	IV	*O*	αβ	45 %	Donneurs univ.

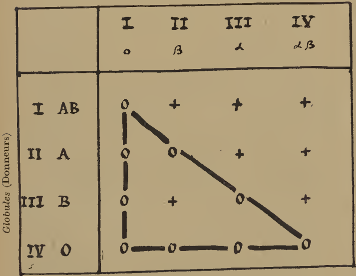
Prendre l'habitude de désigner les groupes par les agglutinogènes :

AB, A, B, O.

Inscrire le groupe sur les papiers ou plaques d'identité.

— *Le Tableau de Moss :*

Sérums (Receveurs)



Globules (Donneurs)	I o	II β	III α	IV αβ
I AB	o	+	+	+
II A	o	o	+	+
III B	o	+	o	+
IV O	o	o	o	o

Agglutination nulle o, positive +.

Remarquer le *triangle des agglutinations nulles = triangle des compatibilités*. Ce tableau et ce triangle nous permettront de comprendre et de retenir tout ce qui va suivre.

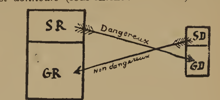
Les compatibilités

— *En principe :* Transfuser de groupe à groupe homologue.

— *En pratique :* Seule importe l'action de **S R sur G D**, c'est-à-dire sérum du receveur sur globules du donneur; on peut négliger, en effet, l'action inverse S D sur G R. Pourquoi ?

— *Schéma explicatif :* Volumes comparés des sangs en présence. Sur ce schéma, il saute littéralement aux yeux le fait que, même si le sérum du donneur était agglutinant *in vitro* pour les globules du receveur, ses agglutinines auraient tôt fait *in vivo* d'être diluées dans la masse sanguine totale du receveur, et d'être ainsi rendues *non dangereuses*.

— *Dès lors*, lire les compatibilités sur le tableau de Moss, en remplaçant les mots *sérums* et *globules*, respectivement par *receveurs* et *donneurs* (sous-entendu **S R-G D**). Un exemple :



Si receveur II, donneur pourra être II ou IV (lecture verticale).

Si donneur II, receveur pourra être I ou II (lecture hirozontale).

Remarquer le « *triangle des compatibilités* ».

— *Autrement dit*, et pour éviter toute confusion :

Un sujet du groupe :	Peut donner du sang à un sujet du groupe :	Peut recevoir du sang d'un sujet du groupe :
I (AB) (Receveurs universels)	I (AB)	I (AB). II (A). III (B). IV (O)
II (A)	I (AB). II (A)	II (A) IV (O)
III (B)	I (AB) III (B)	III (B). IV (O)
IV (O) (Donneurs universels)	I (AB). II (A). III (B). IV (O)	IV (O)

— Les sujets du groupe I sont *receveurs universels* puisque leur *sérum* (S R) ne contient aucune agglutinine; les sujets du groupe IV sont *donneurs universels* puisque leurs *globules* (G D) ne contiennent aucun agglutinogène.

— *En résumé :*

Le Gr. I : Reçoit de tous; ne donne qu'à son groupe.

Le Gr. IV : Donne à tous; ne reçoit que de son groupe.

Les Gr. II et III : Donnent à deux groupes, reçoivent de deux groupes.

— Les considérations qui précèdent expliquent également que, dans certains cas exceptionnels, il puisse exister des « donneurs universels dangereux », du fait de la teneur particulièrement élevée de leur sérum en agglutinines α et β, pouvant agir sur des globules rouges particulièrement agglutinables du receveur —, et ceci en dépit de la « loi des volumes » schématisée ci-dessus.

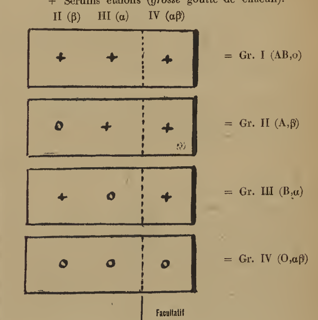
Détermination d'un groupe (receveur ou donneur)

— *Un principe formel :* Mettre toujours en contact, sur lame ou bristol, une *grosse goutte de sérum* avec une *petite goutte de globules*.

— 1er *cas : on dispose de sérum étalons*, des groupes II, III et IV, ce dernier non indispensable mais précieux comme témoin (*épreuve de Beth-Vincent* complétée). Lire sur le tableau de Moss :

Globules inconnus (*petite* goutte de sang)
+ Sérums étalons (*grosse* goutte de chacun).

II (β) III (α) IV (αβ)

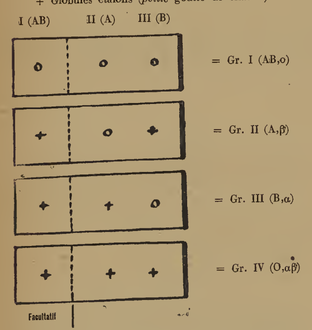


Les laboratoires outillés préparent eux-mêmes leurs sérums étalons. Sinon on peut s'en procurer, à Paris, au centre de la transfusion de Saint-Antoine ou à l'Institut Pasteur.

— 2e *cas : on dispose de globules étalons*, des groupes II, III, et I comme témoin. Cas plus rare, car les globules étalons ne se conservent pas. Mais excellente *contre-épreuve*, chaque fois qu'elle est possible.

Lecture toujours sur le tableau de Moss, horizontalement :

Sérum inconnu (*grosse* goutte de sérum)
+ Globules étalons (*petite* goutte de chacun).

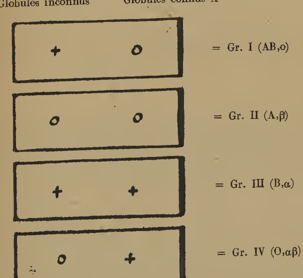


— 3e *cas : on dispose d'un sujet de groupe connu, par exemple II* (AB), cas très fréquent, donc très pratique. On mettra en contact le sérum et les globules connus de ce sujet, respectivement avec les globules et le sérum inconnus du sujet à déterminer.

Toujours *grosse* goutte de sérum + *petite* goutte de globules.

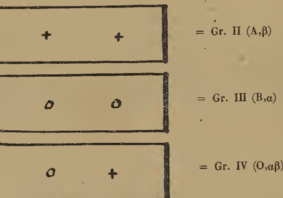
Lecture sur le tableau de Moss, dans le groupe II, colonne de gauche verticalement, colonne de droite horizontalement :

Sérum connu β + Globules inconnus | + Sérum inconnu Globules connus A



— 4e *cas : même opération avec un sujet de groupe connu III* (Bα), groupe moins fréquent, donc cas moins facile à réaliser. Même technique (*grosse* goutte sérum, *petite* goutte globules). Même lecture sur le tableau de Moss :

Sérum connu α + Globules inconnus | Globules connus B + Sérum inconnu



— 5e *et dernier cas :* on ne dispose ni de sérums étalons, ni de globules étalons, ni d'un sujet connu II, ni d'un sujet connu III; on réunit alors une douzaine de personnes, numérotées de 1 à 12, et fait réagir chaque sérum sur les globules des divers sangs :

Sérums.

Globules, N°s	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	0	+	0	+	+	+	0	+	0	0	+	+
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	+	0	+	+	+	0	+	0	0	+	+
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	+	+	+	+	+	0	+	+	0	+	+	0
7	0	+	0	+	+	+	0	+	0	0	+	+
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	+	+	+	+	+	+	+	+	0	+	+	+
10	0	+	0	+	+	+	0	+	0	0	+	+
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	+	+	+	+	+	0	+	+	0	+	+	0

La lecture de ces 144 interréactions montre tout d'abord que les sérums n'agglutinent jamais les globules homologues, par définition (diagonale d'agglutinations nulles). D'autre part, les globules de certains sangs ne sont agglutinés par aucun sérum : ces sangs appartiennent au groupe IV Oαβ, ce sont les Nos 2, 4, 5, 8, 11. Inversement, certains sérums n'agglutinent aucun globule, ils appartiennent donc au groupe I ABo, N° 9 dans notre expérience. Enfin, dans les sangs restants, il y a agglutination réciproque : leur fréquence respective permet d'attribuer aux Nos 1, 3, 7, 10 le groupe II Aβ, et aux Nos 6, 12 le groupe III Bα.

Remarquons que ce protocole rappelle l'expérience princeps de Landsteiner, et que même si l'on n'a pas la chance sur une aussi faible quantité d'individus de découvrir tous les groupes, on pourra toujours de la sorte cataloguer des donneurs universels IV (près de 50 %.

Méthodes directes de recherche des compatibilités

à employer seules quand on ne peut déterminer les groupes, ou conjointement : sécurité supplémentaire.

— *Epreuve essentielle :* S R sur G D. Il ne doit pas y avoir agglutination.

— *Epreuve complémentaire :* S D sur G R, *non indispensable :* Si pas d'agglutination non plus, sujets de même groupe, sécurité encore plus grande.

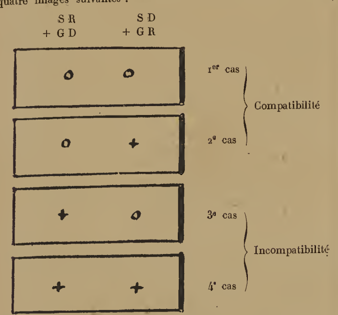
— *En pratique* il faut donc faire une prise de sang aux deux sujets; mais il est assez long d'attendre que les sérums exsudent; d'où l'*épreuve simplifiée* qui suit : dans un premier verre de montre quelques gouttes sang receveur + quelques gouttes eau distillée = S R.

Dans un deuxième verre de montre quelques gouttes sang donneur + quelques gouttes solution citrate de soude = G D.

Puis, sur lame, on met en contact *grosse* goutte S R + *petite* goutte G D. (Tous les auteurs indiquent une *épreuve encore plus*

simple : « l'épreuve des trois gouttes » : une goutte sang donneur + une goutte sang receveur + une goutte solution citrate. Cette épreuve, *mauvaise à tous égards*, est à *rejeter).*

En réalisant cette double épreuve directe de compatibilité, l'essentielle et la complémentaire, on peut obtenir l'une des quatre images suivantes :



— Que peut-on en déduire en définitive, d'une part au point de vue possibilité ou non de la transfusion, d'autre part au point de vue connaissance éventuelle des groupes respectifs du receveur et du donneur ?

— Transfusions *possibles* dans les 1er et 2e cas; *impossibles* dans les 3e et 4e cas.

Sécurité maxima dans le 1er cas; *danger maximum* dans le 4e cas.

— 1er cas. — *Receveur et donneur* appartiennent au même groupe, soit, par ordre de fréquence :

IV et IV II et II	vraisemblables.	Donc compatibilité parfaite, sécurité maxima.
III et III I et I	vraiment exceptionnels.	

— 2e cas. — *Receveur et donneur* sont respectivement, par ordre de fréquence :

II et IV	vraisemblable.	Donc compatibilité.
III et IV I et IV I et II	plus rares.	
I et III	vraiment exceptionnel.	

— 3e cas. — *Receveur et donneur* sont respectivement, par ordre de fréquence :

IV et II	vraisemblable.	Donc incompatibilité.
IV et III IV et I II et I	plus rares.	
III et I	vraiment exceptionnel.	

— 4e cas. — *Receveur et donneur* sont de groupes opposés :

II et III III et II	à chances égales.	Donc incompatibilité absolue, danger maximum.

— Peut-on aller plus loin et déduire le groupe ? *Oui, si l'on connaît l'un d'eux,* donneur *ou* receveur. En effet, dans les 1er et 4e cas, on peut *affirmer* le groupe de l'autre. Dans les 2e et 3e cas, on peut *soit l'affirmer* (2 fois sur 5), *soit le soupçonner* (3 fois sur 5).

(Le lecteur qui est en mesure d'aboutir lui-même, par le raisonnement, à ces déductions intéressantes pourra être certain d'avoir *définitivement* assimilé la théorie si féconde des groupes sanguins.)

Particularités concernant le donneur

— Donneur *sain,* bien portant, non fébrile. Eliminer tuberculeux, paludéens, syphilitiques, même à B. W. négatif
— Exiger pour les donneurs un *B. W. trimestriel.*
— Autres épreuves : *groupe* sanguin naturellement; IV si l'on veut un donneur universel; quelconque si l'on désire une transfusion homologue. En outre, *numération et formule; sédimentation* (éliminer les sédimentations accélérées).
— Ne garder que les donneurs à *belles veines.*
— Eliminer, en principe, les donneurs sujets à des accidents anaphylactiques (asthme, urticaire, etc.) ou ayant reçu des *sérums équins thérapeutiques;* sinon, en cas de sérothérapie ultérieure chez le receveur, le désensibiliser par la méthode de Besredka.
— Donneur en principe *à jeun,* sauf urgence.
— Garrot serré de telle façon qu'on perçoive toujours le pouls radial (*pression minima* du brassard du Pachon).
— Maintenir l'aiguille-trocart au moyen de *leucoplaste.*
— Quantité de sang à prélever : 200 à 300 ou 400 cc.
— Prescrire un jour de repos consécutif. Ne pas renouveler de transfusion avant trois semaines.

Particularités concernant le receveur

— Déterminer le *groupe* si l'on désire transfusion homologue, ou pratiquer les épreuves directes.
— Receveur *à jeun,* si pas d'urgence extrême.
— Garrot serré comme pour le donneur, mais *enlevé* dès que le sang apparaît à l'aiguille.
— Aiguille maintenue par *leucoplaste.*
— Transfusion proprement dite et incidents. (Voir plus loin : *Un mot de l'opération. Les incidents.*)
— Quantité de sang à injecter : indications *médicales* = petites transfusions répétées; indications *chirurgicales* = transfusions moyennes ou massives.

Les grandes lignes des techniques

L'idéal : Sang *homologue* (de préférence à hétérologue); sang *pur* (de préférence à stabilisé); sang *frais* (de préférence à conservé).

En pratique, trois techniques :

— *Sang pur.* Récipients paraffinés. Appareillages de Bécart, Jubé, Tzanck, Henry et Jouvelet, etc.

— *Sang stabilisé.* Un seul stabilisateur à retenir : le citrate de soude.

Taux optimum : 4 o/oo, soit : 4 cmc. d'une solution stérile à 10 % pour 100 gr. de sang; ou encore : 10 cmc. d'une solution stérile à 10 % pour 250 gr. de sang.

Les appareillages simplifiés (aiguille de Vernes pour le donneur, verre à pied avec agitateur pour le recueil, jeu de seringues à embout excentré pour la réinjection) conviennent parfaitement.

— *Sang conservé,* citraté, en ampoules, à la glacière, exclusivement du groupe IV, filtré et réchauffé au moment de l'emploi. Délais d'utilisation : en moyenne 10 à 15 jours, au maximum 20 jours.

Un mot de l'opération. Les incidents

— Préparer donneur et receveur. (Voir ci-dessus.)
— Préparer tout le matériel : l'appareillage proprement dit; les trocarts; alcool, coton, compresses, leucoplaste, bandes, instruments courants, garrots, pinces; trousse pour dénuder la veine du receveur le cas échéant.
— Ponctionner d'abord le donneur, ensuite le receveur. Certains auteurs préfèrent toutefois l'inverse, c'est-à-dire commencer par la veine du receveur, pour éviter tout gaspillage inutile du sang du donneur.
— Transfusion proprement dite : les 50 premiers centimètres cubes *très lentement* (*épreuve biologique,* à utiliser de toutes façons, que les groupes soient connus ou non).
— Puis le reste plus rapidement, en surveillant le blessé, subjectivement et objectivement.

Les incidents (*), lorsqu'ils doivent survenir, surviennent au bout de 3 à 4 minutes :

(*) N. B. : Il est à noter qu'il a pu être observé parfois des incidents assez impressionnants, même avec des transfusions de sang homologue et pur, et en dehors de tout défaut de technique dans les groupements sanguins ou dans l'opération de la transfusion. On a tendance à invoquer dans ces cas le rôle possible de sous-groupes ou de types sérologiques différents chez donneur et receveur, cependant de même groupe. On sait parfaitement, en effet, qu'indépendamment des groupes fondamentaux, il existe dans le groupe A des *sous-groupes* A_1, A_2 et même, plus rarement, A_3, A_4. On sait également qu'il existe des *types sérologiques* indépendants M, N et MN, actuellement parfaitement étudiés, et d'autres encore, moins étudiés. Ces subdivisions ont surtout

Angoisse, constriction thoracique, oppression précordiale, soif, dyspnée, pâleur ou cyanose, sueurs, *douleurs lombaires*, frisson, pouls ralenti, irrégulier.

— Dès l'apparition des premiers symptômes d'alarme, stopper et attendre; s'ils se calment continuer *très lentement*.

— Voies d'accès particulières : jugulaire externe, sinus longitudinal chez le nourrisson; *veine fémorale* (en dedans de l'artère), *voie intra-sternale*, la dernière en date (Soc. hématol. 17-2-44), paraissant des plus intéressantes et précieuse à retenir.

Les « injections » modernes de plasma conservé

Bien que ce paragraphe sorte un peu, à notre avis, de l'étude des « transfusions » proprement dites, à laquelle il n'est rattaché que par un abus de langage, il ne nous semble pas permis de le passer sous silence.

En 39-40, la vogue de nombreux médecins allait au *sang total stabilisé et conservé*, sang du groupe IV ou O exclusivement. Le gros écueil était la courte durée de sa conservation, 20 jours au maximum nous l'avons vu; d'où gaspillage de centaines de litres de sang donné avec le dévouement que l'on sait et inutilisé; d'où également ces menus « incidents » de la transfusion imputables soit au citrate, soit à la richesse de certains sang IV en agglutinines α β (donneurs universels dangereux de Jeanneney, cet auteur attribuant surtout ce danger, à la vérité, au phénomène complexe et si intéressant de Forssman).

En 44-45, à l'instigation des auteurs américains, on conserve en ampoules non plus le sang total mais le *plasma*. Pour la facilité du transport, les Alliés utilisent même ce plasma *desséché*, qu'il suffit de reprendre au moment de l'emploi dans un solvant approprié. L'opération se réduit dès lors à une banale injection intra-veineuse : c'est évidemment l'idéal au point de vue simplicité.

Mais il y a mieux. Les plasmas, après vérification bien entendu de la négativité du B W, sont étiquetés par groupes, et de préférence injectés de groupe à groupe homologue. En outre, étant donné l'indifférence du plasma (ou du sérum) du donneur (S D) sur les globules du receveur (G R), on peut presque en arriver « théoriquement » à négliger les groupes et à mélanger les plasmas des divers donneurs. La chose a même déjà été réalisée sur une grande échelle, et sans ennuis paraît-il.

En « pratique », nous ne dissimulons pas que quelques objections subsistent : absence des globules, dont le rôle bienfaisant n'est peut-être pas si négligeable que l'on pense en matière de transfusion; nocivité toujours possible du citrate; nocivité toujours possible également des agglutinines particulièrement riches de certains sangs sur les globules du receveur. Le problème est un peu retourné par rapport à la transfusion classique : il conviendrait à cet égard de ne retenir que les plasmas I ABo, ne renfermant aucune agglutinine; mais la faible proportion de ces sujets (5 % au plus) interdit cette réalisation.

En définitive, l'avenir établira les avantages et les inconvénients de la méthode.

Conclusions

En matière de groupes sanguins : une seule chose à *retenir*, les formules sérologiques groupales *I ABo*, *II Aβ*, *III Bα*, *IV Oαβ*; une seule chose à *comprendre*, l'action redoutable de *S R sur G D*.

Ayant *retenu* l'une et *compris* l'autre, on *retient* et *comprend* tout : tableau de Moss, triangle des compatibilités, notion des donneurs et receveurs universels, déterminations des groupes, interprétation des épreuves directes. (Pour ces déterminations, mettre en contact *grosse goutte* de sérum et *petite goutte* de globules.)

En matière de transfusion proprement dite, bien se pénétrer de la supériorité évidente du sang *homologue* sur le sang hétérologue, du sang *pur* sur le sang stabilisé, du sang *frais* sur le sang conservé, du sang *total* sur le plasma sanguin. Chez le donneur, pratiquer des *B W* répétés; serrer le garrot à la *pression minima* du Pachon. Toujours injecter au receveur les premiers cmc. *très lentement*. Songer à la *voie sternale* au cas où les autres voies s'avèrent impraticables.

un intérêt primordial, il faut le reconnaître, dans l'étude des exclusions biologiques de paternité (cf. François Morel, *Orientation médicale*, n° 6-1939). Mais d'Amérique nous parviennent, après un trou de quatre ans dans la bibliographie, de remarquables travaux modernes de Landsteiner et son école sur un facteur nouveau et prometteur, le facteur Rhesus, ou par abréviation *facteur Rh.*, à ne pas confondre avec le facteur rH d'oxydo-réduction (cf. Lantuéjoul et collabor., questions d'actualités de la *Presse médicale*, 13 janv. 1945). Voici en quelques mots comment on peut le définir : Des lapins, injectés avec des globules de singes macaques Rhesus, fournissent un sérum capable d'agglutiner non seulement les globules du Rhesus, mais ceux de 85 % des humains; 15 % par contre échappent à ce phénomène. L'étude du facteur Rh. dans l'espèce humaine fournit donc des individus Rh. +, d'autres Rh. —. Or le mélange de tels sangs pourrait entraîner des phénomènes d'agglutination et d'hémolyse, à l'origine peut-être de certains troubles pathologiques obstétricaux, infantiles ou transfusionnels.

Références

1. François Morel. — Groupes sanguins (Revue générale : *Gazette des Hôpitaux*, 15 mars **1930**).
2. Tzanck. — Problèmes théoriques et pratiques de la transfusion (Masson, **1933**).
3. Dujarric de la Rivière et Kossovitch. — Groupes sanguins (Baillière, **1936**).
4. L. et H. Hirszfeld. — Groupes sanguins (Masson, **1938**).
5. *Monde médical*, numéro spécial transfusion, déc. **1939**.
6. Jeanneney et Ringenbach. — Traité de la transfusion (Masson, **1940**).

ACTUALITÉS

LA TRANSFUSION EN PÉDIATRIE

Par M. R. Levent

Nous n'étudierons ici que la transfusion au sens strict : injection, dans les vaisseaux d'un sujet, de sang complet, citraté ou non, provenant d'un autre sujet, que ce dernier soit « neuf » ou qu'il soit immunisé par une vaccination préalable ou du fait de son passé pathologique.

Sont donc éliminées les sérothérapies où le liquide injecté n'est plus du sang complet et les hémothérapies où le sang quelle que soit son origine est injecté ailleurs que dans le circuit vasculaire.

Les applications de la transfusion sont devenues nombreuses tant chez l'enfant que chez l'adulte. Les analogies d'indications ou de technique nous retiendront peu; elles sont importantes lorsqu'il s'agit du grand enfant. Les particularités sont plus notables dans la médecine du nouveau-né et de l'enfant du premier âge.

En pédiatrie comme ailleurs, la transfusion simple s'est complétée ou compliquée de méthodes associées destinées à en renforcer ou régulariser l'effet : transfusion-saignée (exsangui-transfusion des Anglais), immuno-transfusion, cataphylacto-transfusion (Jeanneney et Castanet).

Une étude continuée est nécessaire pour leur donner la place définitive qu'elles méritent.

Indications

I. — *Chez le grand enfant*. — Elles y sont très analogues à celles de la transfusion chez l'adulte.

Ce sont en premier lieu les **hémorragies**. Hémorragies profuses dues à un traumatisme ou à une opération; hémorragies du tube digestif, celles de la fièvre typhoïde en premier lieu. En ce dernier cas on doit recourir à la transfusion même au cas d'hémorragies légères, celles-ci témoignant de tares sanguines au moins temporaires. La transfusion est indiquée dans le shock, traumatique ou chirurgical, même à titre préventif (transfusion préliminaire à la splénectomie).

Les **affections hématologiques** sont une indication également importante; tantôt la transfusion est le pivot du traitement : **hémophilie, purpuras infectieux et toxiques, syndromes hémolytiques.** D'autres fois elle est moins importante et moins fidèle : anémie dans la maladie de Hogdkin (souvent secondaire à la radiothérapie), anémies secondaires diverses (kala-azar, paludisme). Dans les leucémies elle n'agit que de façon très inconstante, légère et temporaire; action nulle sur l'agranulocytose et l'hémogénie.

Avec des succès divers on l'a employée contre les **infections**, transfusion pure, associée à la saignée, ou immuno-transfusion, etc...

Chez le grand enfant c'est surtout dans les **septicémies staphylococciques** et les **septicémies otitiques** qu'on y a recours. Egalement au cours de la **fièvre typhoïde**, soit parce que le malade est hémogénique, soit en raison de l'évolution grave d'une typhoïde même non compliquée, soit à cause de l'apparition de complications, même non hémorragiques, soit dans les formes traînantes et prolongées. Mêmes indications : **rougeole et scarlatine dans leurs formes graves** ou leurs formes hémorragiques (immuno-transfusion ou sang de convalescent), également dans les formes compliquées d'otomastoïdite, et dans leurs convalescences traînantes; de même dans les grippes graves, dans le typhus exanthématique. Dans les diphtéries à forme toxique (transfusion ou immuno-transfusion) les résultats peuvent être appréciables.

Accessoirement elle peut rendre service dans les méningococcémies, les septicémies strepto ou pneumococciques, dans l'endo-

cardite d'Osler (immuno-transfusion), la poliomyélite (immuno-transfusion ou sang de convalescent), dans l'encéphalite aiguë, coquelucheuse notamment (Willemin-Clogh).

Certaines affections localisées en sont parfois heureusement influencées : néphrites aiguës hématuriques ou avec éclampsie (saignée-transfusion, néphrose lipoïdique); **broncho-pneumonies** enfin sur lesquelles nous reviendrons.

Les **intoxications** enfin sont chez le grand enfant une indication importante sinon fréquente (champignons, morphine, barbituriques, benzols, gaz d'éclairage, oxyde de carbone). Sauf au cas du gaz d'éclairage ou d'oxyde de carbone (Achard), une saignée doit préluder à la transfusion.

II. — *Chez le nouveau-né et le nourrisson* la pathologie particulière comporte aussi des indications particulières quant à la transfusion. Certaines sont d'importance majeure. En premier lieu le groupe des **ictères graves du nouveau-né**; qu'il s'agisse de l'ictère grave infectieux type Laroyenne, de l'ictère grave par syphilis spléno-hépatique congénitale, et surtout de la maladie de Pfannenstiel (ictère grave familial - **érythroblastose**). Dans ce dernier cas la transfusion pratiquée dès le 1er jour de la vie et répétée toutes les 48 heures environ pendant le délai nécessaire (15 jours à peu près), moyennant les précautions de rigueur, est le seul remède, remède héroïque en général.

Les **syndromes hémorragiques du nouveau-né** commandent aussi la transfusion : **hémorragies ombilicales** excessives des premières heures (et le danger commence dès 60 gr. pour un nourrisson qui n'en possède que 250); hémorragies digestives. C'est le **melœna neonatorum** qui est le plus influencé surtout s'il est pur. L'**hémophilie** également. La méthode est moins fidèle dans le purpura thrombopénique essentiel ou les hémorragies des surrénales. La transfusion s'adresse aussi à certaines anémies graves : anémie grave du nouveau-né, forme bénigne d'érythroblastose; chloro-anémies par carence (surtout C), rebelles aux autres traitements; maladie hémolytique congénitale où s'impose une sélection particulièrement soigneuse des donneurs.

Dans d'autres affections sanguines moins fréquentes (syndrome de von Jacksch, agranulocytoses) la transfusion est sans grande valeur et donne tout au plus, comme dans la leucémie, une amélioration temporaire disproportionnée avec le risque couru.

Parmi les *indications de second plan*, non négligeables pourtant, il faut ranger les infections sévères aiguës ou les **septicémies** à marche traînante : les septicémies à streptocoque viridans, les endocardites, les ostéomyélites aiguës. Le tonus cardiaque conservé est une condition importante du succès. Une autre indication importante est la **broncho-pneumonie**, bien que les avis des auteurs demeurent partagés. Certaines conditions sont nécessaires. Inutile dans les formes bénignes et dans les formes asphyxiques, elle peut au contraire changer la face des choses en 24 à 48 heures dans les **formes toxi-infectieuses** et la **bronchite capillaire**. C'est dans ces cas qu'on a recours à l'immuno-transfusion et surtout à la saignée préalable. De même dans les grippes sévères. C'est du shock qu'il faut tenir compte : shock préalable qui est une contre-indication, shock consécutif qui anéantit le bienfait.

La transfusion peut rendre de grands services dans les broncho-pneumonies traînantes et dans l'anémie persistante de la convalescence.

De même dans **les états de dénutrition et de déshydratation du premier âge** moyennant une prudence (transfusions lentes et peu abondantes) et une précocité suffisantes. Elle est utile dans la prématuration, l'hypotrophie, les vomissements graves, le syndrome pâleur-hyperthermie, dans la débilité congénitale à forme sévère. Son action préventive est appréciable : transfusion pré-opératoire dans la **sténose hypertrophique du pylore**; son action tonique et curative est nette dans les **brûlures étendues** si graves et si fréquentes chez le jeune enfant. De même dans **tous les syndromes toxiques ou cholériformes**. Il faut ici faire une place importante aux syndromes toxiques des infections graves et entre tous au **syndrome cholériforme de l'otomastoïdite latente du nourrisson**, bien que la transfusion échoue là comme bien d'autres méthodes auxquelles on l'associera avec avantage (perfusion de Schick et Karelitz).

Elle peut aussi rendre des services dans des dermatoses graves, tenaces et récidivantes du nourrisson (eczéma suintant).

Technique

Les méthodes chez l'enfant diffèrent peu des méthodes pour adultes; la transfusion citratée est cependant plus habituelle chez le nourrisson pour pouvoir agir avec la lenteur nécessaire. L'immuno-transfusion, théoriquement séduisante mais non toujours facile à mettre en œuvre avec la précision et la rapidité indispensables, ne donne pas toujours en pratique ce qu'on en espérait. Sous le nom de « cataphylacto-transfusion » Jeanneney et Castanet ont préconisé l'administration du sang d'un donneur ayant reçu une préparation complexe (administration préalable de sulfamide, d'aliments sucrés et d'acide glycuronique).

Plus simple est l'« exsangui-transfusion » qui soulage le cœur et soustrait les substances toxiques, facilitant ainsi l'action restauratrice de la transfusion.

La technique chez le grand enfant et chez l'adulte est analogue, à la quantité près. Chez le nourrisson on compte habituellement 30 cmc. par kgr.; les doses plus fortes de certains cliniciens sont excessives; **en moyenne une transfusion de nouveau-né est de 50 cmc.**; l'enfant doit présenter un facies rosé qui est le meilleure index; toute cyanose doit faire arrêter l'injection. Celle-ci doit être poussée avec la plus grande lenteur : **5 à 6 cmc. par minute** afin d'éviter la surcharge tensionnelle et le shock.

Le point particulier au nourrisson et au nouveau-né est le choix du lieu d'injection. Chez le grand enfant les veines du pli du coude sont assez malaisées à aborder pour qu'on doive souvent ou bien procéder à une dénudation chirurgicale préalable ou les abandonner pour une veine du membre inférieur ou pour la jugulaire externe. L'abord de celle-ci est parfois délicat, surtout chez le très jeune enfant; c'est donc **dans le sinus longitudinal supérieur** (Marfan 1908) qu'on pratiquera l'injection, technique un peu délicate mais qui ne dépasse pas la petite chirurgie et qui ne donne pas d'incidents à des opérateurs informés et attentifs.

Ce qui est le plus délicat, chez le jeune enfant et surtout chez le nouveau-né, c'est **le choix du donneur.** Les précautions traditionnelles y sont de rigueur et la connaissance des groupes sanguins semble plus importante encore que chez des sujets plus âgés. La fragilité de certains sangs (affections hémolytiques, ictères érythroblastiques en particulier) est particulièrement grande et commandent une sorte d'exclusivisme hématologique. Le donneur universel ne doit pas être considéré comme donnant garantie suffisante; le donneur de même groupe est préférable. Et encore y a-t-il parfois des mécomptes. Sans parler de variabilité des groupes, on peut, semble-t-il, songer dans ces cas à l'importance plus grande que peuvent prendre des sous-groupes comme A_1 et A_2 ou des agglutinines encore mal déterminés par les méthodes courantes actuelles. Ces surprises sont heureusement exceptionnelles.

Faute de temps et faute de mieux, il est fréquent que, pour le nouveau-né surtout, on prenne la mère comme donneur. Des accidents sont parfois survenus que certains hématologistes pensent être peut-être dus au facteur Rh. (Landsteiner 1940). Ce facteur Rh. (Rhesus), antigénique, qui existerait chez l'homme dans 85 % des cas, n'est pas nuisible en lui-même mais provoque l'agglutination et l'hémolyse d'un sang qui ne le contient pas. C'est un caractère mendélien dominant qui passe du père au fœtus, de ce dernier à la mère. L'organisme de celle-ci élabore un anticorps Rh. qui repasse dans l'organisme fœtal où il se fixe dans le tissu réticulo endothélial et persiste pendant les premiers jours de l'existence. Quel que soit son rôle, d'ailleurs discuté dans la pathogénie des érythroblastoses, il est aisé d'admettre que le sang maternel, surtout en transfusions répétées, à un moment où le processus hémolytique est encore très actif, puisse provoquer des accidents. Peut-être dans ces cas faut-il donner la préférence au père, donneur moins dangereux que la mère, puisque possédant Rh. comme l'enfant.

La conclusion pratique est que la détermination des groupes sanguins devrait désormais, en employant des techniques d'ores et déjà bien fixées, déterminer chez les donneurs le facteur Rh. au même titre que les autres caractéristiques biologiques (et peut-être aussi physiques si les charges électriques du sang ont leur importance) du sang à transfuser.

HYGIÈNE ALIMENTAIRE

Le rôle des apports alimentaires de calcium et de potassium dans la régulation des activités fonctionnelles. Applications aux restrictions alimentaires (M. F. Maignon). (Société de pathologie comparée, 11 juillet 1944.)

Le calcium est un excitant du sympathique et le potassium du parasympathique. Or le calcium étant apporté surtout par la viande, le lait, le fromage, et le potassium par les pommes de terre, on voit que la ration actuelle est déficiente en calcium et surabondante en potassium, d'où résulte un déséquilibre parasympathique, avec prédominance du parasympathique. Cet état parasympathicotonique peut se traduire par des coliques avec diarrhée (hyperpéristaltisme), par un état lipothymique avec menaces de syncopes, par des troubles vaso-moteurs (doigts morts).

L'administration d'un supplément de calcium sous forme de craie en poudre, au début des repas, entraîne en quelques jours la disparition de ces troubles. Le calcium est indispensable au chimiotactisme leucocytaire, sa déficience peut favoriser la production d'abcès, de furonculose, que le traitement calcique fait disparaître.

Enfin la polyurie, due à l'excès de potassium, est à la fois la conséquence de la vagotonie (le pneumogastrique étant le nerf excito-secréteur du rein) et de l'action diurétique des ions potassium au moment de leur élimination. L'administration de calcium fait disparaître la première cause mais n'influence pas la seconde.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 16 JANVIER 1945

Nécrologie. — M. le Président annonce à l'Académie le décès de M. NICLOUX.

Notice nécrologique sur M. Lereboullet. — M. CARNOT.

L'équilibre protidique du sang dans l'ictère. — M. LOEPER. — On a beaucoup étudié l'étiologie et les symptômes de l'ictère dit catarrhal et beaucoup discuté quant à sa pathogénie; mais bien des points demeurent obscurs en particulier touchant le syndrome humoral. Il est de fait que la protidémie y est anormale. L'hyperprotidémie semble particulière à l'hépatite ictérigène; elle y atteint un taux variant entre 80 et 100 gr. par litre de sérum ou même davantage, ne se manifestant d'ailleurs que les premiers jours et s'atténuant entre le 4e et le 8e jour. Le taux de la protidémie s'abaisse ensuite au-dessous de la normale pour remonter après la crise. Ces variations s'accompagnent de troubles du métabolisme de l'eau. Ce syndrome humoral se retrouve dans la spirochétose ictérigène qui est aussi une affection cellulaire; il fait défaut au contraire dans l'ictère cholédocien et dans les divers ictères par rétention vraie ou par compression quelle qu'en soit la cause.

Comparant le rapport sérine-globuline l'auteur l'a trouvé modifié, jusqu'à inversion même, dans l'ictère catarrhal du fait de l'hyperglobulinémie. Celle-ci existe dès le début et persiste longtemps, même après que la protidémie est redevenue normale. On l'observe également dans les hépatites dégénératives graves, dans la spirochétose, etc..., alors qu'elle manque au cas de compression. Elle a donc même signification que l'hyperprotidémie. La recherche expérimentale a montré que ces modifications sont sans rapports avec la présence de bile dans le sang.

Sur la constitution du réseau sympathique terminal. — MM. CHAMPY, R. et C. COUJARD. — On connaît la terminaison des nerfs sympathiques par des nerfs réticulés anastomosés en réseau et sur lesquels sont appliquées des cellules allongées ou étoilées de nature discutée — cellules dites interstitielles. Schwanniennes pour les uns, elles sont pour Bœcke de véritables cellules nerveuses, encore peu différenciées, rappelant le système nerveux des invertébrés les plus inférieurs. On leur attribue la sécrétion de la sympathine, substance « intermédiaire » porteur de l'action nerveuse, assez analogue à l'adrénaline. Un procédé nouveau de coloration colore électivement les terminaisons adrénalinergiques mais ne colore pas les terminaisons cholinergiques pourtant peu différentes apparemment; ce procédé colore également les cellules interstitielles mais non pas toutes celles que colore le procédé moins électif de Bielschowsky. Il semble que l'élaboration de la sympathine et la nature nerveuse des cellules soit confirmée par ces observations. A l'appui viennent également les résultats de culture des tissus et leur parenté embryologique avec les plexus de Meissner et d'Auerbach. Il semble qu'il s'agisse de cellules nerveuses peu différenciées et encore plastiques.

L'étude des éléments cholinergiques dans ce sens n'a pas encore été faite.

La coloration nouvelle montre également qu'entre filets sympathiques et cellules innervées il n'y a pas continuité mais seulement connexion.

SÉANCE DU 23 JANVIER 1945

Nécrologie. — M. le Président annonce le décès de M. BARRIER, ancien président, et prononce une brève allocution.

Notice nécrologique sur M. Sacquépée par M. TANON.

Les conséquences de l'alimentation actuelle des prisonniers de guerre. — M. RIBADEAU-DUMAS. — Les lettres reçues des camps de P. G. les plus divers témoignent d'une alimentation bien plus insuffisante que tout ce qu'on pouvait redouter et bien plus pauvre en calories que celle des populations occupées. Elle est pauvre en quantité et en qualité et toujours carencée; nos prisonniers connaissent la faim avec toutes ses conséquences : amaigrissement, fatigue, apathie, auxquelles s'ajoutent le froid, l'encombrement, les parasitoses.

Depuis juillet les colis familiaux sont supprimés; dans les derniers temps les prisonniers ont reçu une fois par mois un colis américain pour deux; l'ordinaire officiel se compose d'une soupe et trois pommes de terre.

Après 4 ans 1/2 de détention il est aisé de se représenter l'état des prisonniers et déportés. La Croix-Rouge et le gouvernement français ont fait ces derniers temps de grands efforts pour remédier à cette misère.

Emue par la lecture d'un grand nombre de lettres émanant de camps les plus divers l'Académie émet à l'unanimité un vœu de confiance dans le gouvernement et la Croix-Rouge française et dans la Croix-Rouge internationale qui par leurs efforts peuvent apporter une amélioration devenue urgente au sort de nos prisonniers après 4 ans 1/2 de détention et de sous-alimentation qui ont gravement compromis les santés; ces efforts apaiseraient l'anxiété des familles.

Sur l'évolution de la mortalité en France pendant l'occupation. — MM. A. CHEVALLIER et M. MOINE (Présentation par M. LE NOIR). — Les auteurs étudient successivement la mortalité moyenne dans l'ensemble du territoire, la mortalité régionale respective des départements à population urbaine élevée ou de la zone méditerranéenne ou des départements à population rurale prédominante; enfin la mortalité selon les âges. La mortalité a augmenté dans les premiers jusqu'à 37 0/0 ; elle a diminué de 20 0/0 environ dans les seconds, sauf pour les nourrissons.

Les restrictions alimentaires et la sous-alimentation favorisant l'évolution de la tuberculose et déterminant la moindre résistance aux maladies sont des facteurs qu'il est logique d'invoquer.

Discussion. — MM. DEBRÉ et ARMAND-DELILLE font ressortir l'importance à côté de ces facteurs de la diminution de l'alcoolisme dans les milieux ruraux; il en résulte une diminution de la mortalité chez l'homme à la force de l'âge. Il serait intéressant par une étude statistique régionale de comparer dans les régions étudiées la mortalité respective de chaque sexe; il est en effet des regions où les cultivateurs actuellement bien alimentés ne le sont cependant pas mieux qu'en temps normal.

Vœu. — L'Académie, consciente de l'importance des études démographiques poursuivies avec l'aide des statistiques de morbidité et de mortalité, émet le vœu que les services de la Statistique nationale établissent le plus rapidement possible les tables de la mortalité par âge, par sexe et par maladies dans un certain nombre de départements français.

Longue pleurésie purulente chez une enfant de dix ans. Echec de deux pleurotomies et des sulfamides. Guérison par la pénicilline. — M. ROCHE (Présentation par M. COURCOUX). — Pleurésie streptococcique ultérieurement surinfectée de staphylocoques, évoluant depuis six mois malgré les traitements chirurgicaux et chimiothérapiques, guérie en six jours par la pénicilline.

Discussion. — M. DEBRÉ insiste sur l'importance des fortes doses de pénicilline.

SÉANCE DU 30 JANVIER 1945

M. le Président annonce à l'Académie le décès de M. AUVRAY.

Notice nécrologique sur M. Cunéo. — M. HARTMANN.

L'orientation actuelle de la lutte antituberculeuse. — MM. BEZANÇON et CAVAILLON. — La guerre et l'occupation ont causé une importante recrudescence de la tuberculose contre laquelle des mesures urgentes sont nécessaires. Il faut intensifier l'armement antituberculeux actuel : sanatorium, préventorium, dispensaires, vaccination par le B. C. G. en milieu contaminé.

Il faut généraliser le dépistage systématique radiologique pour les prisonniers, déportés et réfugiés; réaliser d'urgence dans chaque département des centres hospitaliers de phtisiologie, créer une Caisse nationale de compensation permettant de placer rapidement les tuberculeux, les formalités administratives s'accomplissant pendant l'hospitalisation et non avant le placement. Il est désirable que soit adoptée par entente entre les ministères de la Santé et du Travail une Assurance-Tuberculose; que soit organisées la cure libre, notamment pour le tuberculeux en état de travailler, la réadaptation au travail et qu'une aide matérielle proportionnée à la capacité de travail soit donnée par les collectivités publiques et les Caisses. Une réorganisation administrative enfin mettant un phtisiologue qualifié à la tête des services est nécessaire tant sur le plan national que sur le plan local.

Sur quelques cas de typhus exanthématique observés au début de 1944. — MM. CAMBESSEDÈS et BOYER (Présentation faite par M. TANON). — Au début de 1944, cinq cas de typhus exanthématique ont été observés chez des ouvriers permissionnaires venus du camp de Neuhoffen. L'un d'eux présentait une forme pulmonaire anormale rappelant l'infection expérimentale des animaux.

Grâce aux mesures immédiates, simple application du plan dès longtemps conçu par les Services Techniques d'Hygiène de la Préfecture de police, aucune extension n'a eu lieu. Un des malades avait pourtant séjourné dans un taudis meublé très parasité.

L'épouillage a été effectué avec une étuve mobile à chaleur sèche, construite selon les indications du docteur Cambessedès, assurant une désinsectisation sûre, rapide et économique. Au retour des douches les sujets reçurent leurs vêtements chauds, secs et non détériorés.

Election. — M. LABEY est élu membre titulaire dans la Section de Chirurgie, Accouchements et Spécialités chirurgicales, en remplacement de M. Gosset, décédé.

Nomination d'une Commission pour l'étude des questions démographiques. — La Commission se compose de MM. Lesné, Rouvillois, Le Noir, Debré, Villaret, Laignel-Lavastine, Ribadeau-Dumas, Polonovski, Bénard, Courcoux, Troisier.

Maurice AUVRAY
(1868-1945)

Après une bien longue et douloureuse maladie, notre cher et vieil ami Maurice Auvray, s'est éteint à Paris, le 27 janvier, dans sa 77e année.

Maurice Auvray était né le 1er juin 1868 dans le Calvados, au château de Bernières-sur-Mer. Son père, ancien interne des hôpitaux de Paris, était directeur de l'Ecole de Médecine de Caen. Il fut le premier maître de son fils, qui commença ses études sous sa direction.

En 1890, Maurice Auvray vient à Paris, il est reçu à l'externat. En 1892, il arrive à l'internat, dans une promotion dont le premier était Pauchet.

Pendant son internat, Auvray eut pour maîtres Félizet, le professeur Peter, le professeur Tillaux et le professeur Le Dentu. Après son internat il fut encore l'élève de Terrier, ami et camarade d'internat de son père.

En 1893, il est reçu à l'adjuvat. C'est de cette époque que date la vieille et fidèle amitié qui nous a unis jusqu'à la fin de sa vie. En 1895, Auvray arrive au prosectorat et, la même année, il obtient la médaille d'argent de l'internat. En 1896, enfin, il passe sa thèse de doctorat ; peu après, il devient Chef de clinique de Tillaux.

Alors commença pour notre collègue la période des grands concours. Il est nommé chirurgien des hôpitaux en 1899, dans la même promotion que Launay.

En 1901, en même temps que Marion et Antonin Gosset, il est nommé agrégé dans la section de chirurgie.

Après avoir débuté dans ses fonctions de chirurgien des hôpitaux par la consultation de Broussais, Auvray fut appelé en 1907 à remplacer temporairement à l'Hôtel-Dieu son maître, le professeur Le Dentu. Devenu enfin chef de service, il va à Ivry, la Maison Dubois, Broussais et Laennec. Il passa près de dix ans dans ce dernier hôpital, où il put pleinement connaître les joies de l'enseignement. Les leçons qu'il faisait au lit du malade étaient si prisées par les étudiants qu'ils y accouraient en foule. Et c'était justice, car Auvray était un clinicien de grande classe, et il avait de plus le don de l'enseignement. C'est là que l'âge de la retraite vint surprendre, en 1931, ce chirurgien resté encore si jeune d'allures. Peu de temps après, son ami Dujarrier lui confia un service au dispensaire de la Croix-Rouge de la rue de la Convention. Ainsi Auvray put-il continuer à exercer son activité demeurée très grande.

Auvray était membre et ancien président de la Société de Chirurgie. En 1927, l'Académie de Médecine l'appelait à son tour. Dans chacune de ces sociétés, il apporta sa part de travail et des interventions écoutées.

Mais, la plus grande part de l'activité d'Auvray a été certainement mise au service de l'Association française de chirurgie, d'abord auprès de son maître Le Dentu, qui avait pour lui une affection paternelle, puis auprès de Walther et de M. Hartmann. Pendant plusieurs années, avant de succéder comme secrétaire général à son bien cher ami J.-L. Faure, Auvray avait travaillé à ses côtés. Il avait notamment organisé ce magnifique Ve Congrès international de chirurgie, qui se tint à Paris en 1920 sous la présidence du doyen des chirurgiens d'Amérique, le professeur William W. Keen, de Philadelphie. Auvray avait fait sa connaissance à Londres, chez Horsley, au cours d'un stage de chirurgie cranienne.

Lorsque Jean-Louis Faure en 1924 fut élu président du Congrès français de chirurgie, Auvray assuma la charge du secrétariat général. En octobre 1930, appelé à son tour à l'honneur de la présidence, il céda le secrétariat général à notre bien regretté collègue Grégoire.

On n'a pas oublié la brillante séance inaugurale de ce XXXIXe Congrès français de chirurgie : Paul Bourget, de l'Académie française, la présidait. Auvray consacra son discours inaugural à l'étude de l'organisation des services d'anesthésie dans les hôpitaux. Discours écrit dans une langue élégante, sur un sujet qu'avait bien étudié son auteur, et qui était de toute actualité. Auvray lut son discours avec enthousiasme, car il aimait la chirurgie avec passion. Il aimait aussi les recherches bibliographiques et les références précises. On peut le constater dans ce discours comme dans toutes ses publications.

Sa thèse de doctorat sur les tumeurs cérébrales (1896), était déjà un important ouvrage. En 1901, il écrit avec Terrier la Chirurgie du foie et des voies biliaires.

A la même époque, il publie la Chirurgie du médiastin antérieur (1904), le diagnostic des appendicites (1905), les maladies du crâne et de l'encéphale avec Mouchet (in « Nouveau Traité de Chirurgie »), les maladies du rachis et de la moelle (1913) in Le Dentu-Delbet, un précis de gynécologie avec Boursier, en 1925.

Enfin, grâce à ses fonctions d'expert, il avait pu réunir une très importante documentation sur les résultats éloignés des fractures des membres, du crâne, du rachis et du bassin. Ces travaux ont été publiés dans la « Gazette des Hôpitaux » en 1927 (n° du Centenaire), et de 1933 à 1944.

Est-il encore nécessaire de rappeler qu'Auvray, après avoir servi pendant la guerre de 1914-1918, avait repris à Caen un service de la Croix-Rouge, en 1939. Il était officier de la Légion d'honneur au titre militaire.

Comme un vrai terrien qu'il était, Auvray était profondément attaché à son pays natal, où sa famille possédait des terres importantes. Tous les étés il venait s'installer dans sa belle propriété de Colomby, si largement ouverte à ses amis de Paris et à ses élèves. Il partageait son temps entre ses confrères de Caen qui l'appelaient fréquemment en consultation, et la chasse qui était une de ses passions et où il se montrait un tireur remarquable.

On imagine combien dut souffrir notre ami déjà bien malade, lorsque la guerre ravagea son cher pays ; lorsqu'il apprit la détresse de ses confrères de Caen, parmi lesquels il comptait son plus cher élève, lorsqu'enfin il sut que sa propriété de famille était dévastée et qu'elle avait perdu les admirables arbres dont il était si fier. La tourmente n'avait pas épargné la vieille église paroissiale de Colomby, mais par miracle elle avait respecté la tombe familiale. C'est là que reposera à son tour notre ami, lorsque les circonstances permettront son retour dans sa chère et malheureuse Normandie.

F. L. S.

INTERETS PROFESSIONNELS

Ordonnance n° 45-95 du 18 janvier 1945 relative à l'épuration des médecins, dentistes et sages-femmes

Art 1er. — Sans préjudice de l'application des mesures prévues par l'ordonnance du 26 juin 1944 relative à la répression des faits de collaboration, par l'ordonnance du 27 juin 1944 relative à l'épuration administrative, par l'ordonnance du 26 août 1944 instituant l'indignité nationale, des sanctions peuvent être prises contre les médecins, dentistes ou sages-femmes prévenus d'avoir déployé depuis juin 1940 une activité antinationale sous quelque forme que ce soit.

Art. 2. — Le conseil régional des médecins institué par l'ordonnance du 11 décembre 1944 élit en son sein une section d'épuration composée de 50 p. 100 de ses membres, présidée par un magistrat désigné par le président de la cour d'appel dans le ressort de laquelle se trouve le chef lieu de la région.

Cette section d'épuration aura à connaître des cas mentionnés à l'article 1er.

Pour les cas concernant les praticiens de l'art dentaire et les sages-femmes, la section d'épuration comprendra deux médecins et deux chirurgiens-dentistes ou deux sages femmes.

Art. 3. — La section d'épuration peut infliger une admonestation, un blâme ou prononcer une suspension provisoire du droit d'exercer pour trois mois au maximum.

Elle peut proposer au ministre intéressé les sanctions suivantes :

Suspension temporaire pour une durée supérieure à trois mois et inférieure à trois ans.

Exclusion temporaire des fonctions universitaires, hospitalières ou administratives pour une durée inférieure à trois ans.

L'exclusion temporaire des fonctions universitaires, hospitalières ou administratives pour une durée égale ou supérieure à trois ans, l'exclusion définitive desdites fonctions ainsi que l'interdiction définitive du droit d'exercer ne pourront être proposées par la section d'épuration ni prononcées par le ministre qu'en cas de condamnation définitive pour les faits visés à l'article 1er de la présente ordonnance.

Art. 4. — Les dossiers des intéressés présentés à la section d'épuration quatre mois après la publication de la présente ordonnance ne seront plus recevables.

Conseil général des Sociétés d'arrondissement

Réunion du mercredi 17 janvier 1945

Au cours de sa dernière réunion, le Conseil général des Sociétés d'arrondissement, actuellement seul représentant régulièrement élu du corps médical parisien, s'est préoccupé de la reconstitution rapide des syndicats médicaux de Paris et de banlieue. Nous croyons savoir de source autorisée qu'une procédure simplifiée d'épuration pourra être suivie, et que les anciens Conseils pourraient être ainsi prochainement réunis. En attendant la reprise d'activité des syndicats professionnels, le Conseil général a étudié avec attention les projets d'ordonnance relatifs aux tarifs d'honoraires en matière d'assurances sociales. Il a affirmé avec force son indéfectible attachement aux principes de la Charte médicale, et notamment au principe de l'entente directe, qui différencient du régime allemand le régime français des assurances sociales. Une Commission a été nommée en vue de prendre contact à ce sujet avec les ministères intéressés.

D'autre part, il a été procédé à l'étude des statuts de la future organisation syndicale unique, qui doit résulter de la fusion des syndicats anciens reconstitués. Le Conseil a adopté à ce sujet les propositions de sa Commission spéciale en ce qui concerne notamment la représentation des arrondissements et des communes de banlieue par des délégués élus en nombre variable suivant la densité médicale de chaque circonscription, et la création d'un Collège des délégués chargé d'élire le Conseil d'administration, lequel comprendrait, en outre, des membres cooptés. Il a été décidé enfin que le Conseil devrait donner une image aussi fidèle que possible de la géographie médicale de la région parisienne.

INFORMATIONS

(*Suite de la page 50*)

Conseil régional des médecins de la région de Paris. — Le conseil est composé comme suit : MM. les Drs Armandon, à Aincourt ; Arsonneau, à Saint-Arnoult-en-Yvelines ; Coste (Jehan), à Paris ; François, à Versailles ; Gaye, à Châtillon-sous-Bagneux ; Gerson et Lamaze, à Paris ; Lacroix, à Meaux ; Marchesseaux, à Bourg-la-Reine ; Matry, à Fontainebleau ; Michon (Ed.), à Paris ; Pelbois, à Melun ; Perdrigeat, à Essonnes ; Pironneau, Pochon, Porcher, Powilewicz, Ribadeau-Dumas, Rouèche, Roulland, Senéchal, Spindler, Sorrel, à Paris ; Uhry, à Neuilly ; Valingot, à Achères ; Veau, à Paris.

Comité consultatif du Comité d'organisation des industries et du commerce des produits pharmaceutiques. — Sont nommés membres de ce comité : Mlle Jeanne Lévy, professeur agrégé à la Faculté de médecine ; M. le professeur Damiens, de la Faculté de pharmacie ; M. le professeur Justin-Besançon, de la Faculté de médecine ; M. Charounat, pharmacien des hôpitaux ; M. le Dr Duvelleroy, représentant les médecins praticiens ; M. Merma, représentant les services hospitaliers.

Conseil permanent d'hygiène sociale. — Le nombre des membres de ce conseil choisis par le ministre de la Santé publique parmi les personnalités présentant une compétence particulière en matière d'hygiène sociale, est porté provisoirement de soixante-cinq à cent.

Conseillers techniques. — Mlle le Dr Danzig, M. le Dr Baissette et M. le Dr Delécourt, médecins inspecteurs de la Santé, ont été appelés à l'administration centrale, en qualité de conseiller technique, à compter du 1er février 1945.

Hôpitaux psychiatriques. — Est acceptée la démission de M. Renouard, directeur administratif de l'hôpital psychiatrique autonome de Cadillac.

Est rapporté l'arrêté du 9 octobre 1944, affectant le Dr Perret, médecin-chef de l'hôpital psychiatrique Marchant-Bracqueville, à l'hôpital psychiatrique de Lannemezan (Hautes-Pyrénées).

M. le Dr Eissen, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Font-d'Aurelle (Hérault), est nommé médecin directeur à l'hôpital psychiatrique de Stephansfeld (Bas-Rhin).

Inspection de la Santé. — M. le Dr Pourrat, médecin inspecteur adjoint intérimaire de la santé du Puy-de-Dôme, a été licencié de ses fonctions, à compter du 15 décembre 1944.

Mlle le Dr Laporte, médecin inspecteur adjoint de la santé du Gard, est affectée, en la même qualité, dans le département de la Côte-d'Or.

L'arrêté du 4 août 1944 nommant M. le Dr Tourrier (Pierre), médecin inspecteur adjoint intérimaire de la santé des Alpes-Maritimes, a été rapporté.

L'offre de démission de M. le Dr Jacquemin, médecin inspecteur adjoint intérimaire de la santé de l'Hérault, a été acceptée, à compter du 31 décembre 1944.

Mlle le Dr Poriel (Renée) est nommée médecin inspecteur adjoint intérimaire de la santé dans le département de la Manche, au maximum pour la durée des hostilités.

Médaille d'honneur des épidémies (Maroc). — Médaille de vermeil : MM. les Drs Deligne (de Port-Lyautey) et Dupuch (de Rhafsal). Médaille d'argent : MM. les Drs Béchem (de Xhouribga). Berre (d'Oudjda), Bluteau (de Dades Todra) et Bouriez d'Ouezzan).

Distinctions honorifiques

Légion d'honneur. — GUERRE. — Chevalier : Médecin capitaine Leflem (Roger). (Croix de guerre avec palme.)

Médaille militaire. — Médecin auxiliaire Chevrot (croix de guerre avec palme).

Citation à l'Ordre de l'Armée (à titre posthume). — Médecin auxiliaire Barrot (croix de guerre avec palme).

(J. O., 7 janv. 1945.)

Ordres coloniaux. — ETOILE D'ANJOUAN. — Officier : M. le Dr Gabillon (Nouvelle Calédonie).

Chirurgiens dentistes de la marine. — Le « J. O. » du 13 janvier 1945 publie un décret relatif à l'admission, dans le corps des médecins de réserve de la marine, des chirurgiens dentistes de réserve de la marine, titulaires du diplôme d'Etat de docteur en médecine.

Ces officiers conserveront le grade et l'ancienneté qu'ils possédaient dans le corps des chirurgiens dentistes au moment de leur changement de corps.

Société d'électro-radiologie médicale de France. — Bureau de la Société pour 1945 : Président, Dr Didiée ; vice-président, Dr Detrée ; vice-président province, Dr Aimard ; secrétaire général, Dr Dariaux ; secrétaire général adjoint, Dr Nadal ; trésorier, Dr Peuteuil ; secrétaires des séances, Dr Beau, Dr Marchand ; membre du Conseil, Dr Cassan.

L'Association amicale des anciens médecins des corps combattants nous prie de faire savoir qu'en raison des circonstances, nées des récents événements, le Conseil d'administration a décidé, dans une de ses dernières séances, de cesser d'exercer ses fonctions. Les intérêts de l'Association sont confiés à une commission administrative provisoire, en attendant qu'une Assemblée générale puisse procéder à des élections régulières.

Pour tous renseignements, s'adresser au Dr Blamoutier, 5, rue de Luynes, Paris (7e), Littré 02-56.

Les Journées familiales, organisées par « Médecine et Famille » ont eu lieu les 1er, 2, 3 et 4 février 1945, sous la présidence de M. Monsaingeon et en présence de M. Billoux, ministre de la Santé.

Le logement, l'hygiène, la lutte anti-alcoolique, le rééquipement ménager, les questions sociales, la lutte contre l'avortement criminel, ont été spécialement étudiés. A la veille des élections municipales, les journées familiales ont une très grande importance.

Confrères, inscrivez-vous à « Médecine et Famille », dont l'action s'exercera non seulement au point de vue moral, mais aussi au point de vue matériel. « Médecine et Famille » facilite le ravitaillement.

« Médecine et Famille », Secrétariat, 22, rue de Madrid, Paris (8e).

Prisonniers, déportés, réfugiés

Le Ministère des prisonniers, déportés et réfugiés communique :

L'heure du rapatriement de près de trois millions de Français approche. La tâche des médecins dans le mécanisme du rapatriement s'avère considérable.

Les jeunes médecins et étudiants en médecine qui demandent à servir peuvent s'attacher à cette grande œuvre humaine et française en s'engageant dans le corps de santé du rapatriement. Le temps passé dans la mission française du rapatriement leur comptera, à durée égale, comme service militaire.

Pour tous renseignements, s'adresser au Service de santé du rapatriement des prisonniers, déportés et réfugiés, 78, avenue Foch, Paris (16e).

Commission nationale de protection des médecins prisonniers et déportés. — La Commission peut maintenant faire état de son activité complète depuis sa création.

Elle a contribué à l'élaboration des mesures de protection des médecins prisonniers, qui ont été étendues ensuite aux médecins déportés.

Elle a pu envoyer aux médecins prisonniers des livres, dont le prix total s'élève à 130.926 francs, et pour 39.600 francs de colis de vivres et de vêtements.

Elle a distribué pour 32.500 francs de prix, récompensant des travaux de médecins prisonniers.

Elle a distribué aux familles de médecins prisonniers, aux familles de déportés et aux médecins maquisards, la somme globale de 585.000 francs.

Elle a pu enfin procurer aux prisonniers rapatriés un grand nombre d'emplois publics ou privés, rémunérés, leur assurant un minimum vital.

Elle s'est occupée de la question des concours spéciaux pour médecins rapatriés (internat, concours des hôpitaux et hospices).

Dès la Libération, continuant son action en liaison avec les autorités du G. P. R. F., elle a continué son action en prenant le nom de « Commission nationale des médecins prisonniers et déportés ».

Cours

Faculté de médecine de Bordeaux. — INSTITUT MÉDICO-LÉGAL ET LABORATOIRE DE TOXICOLOGIE. — Enseignement spécial pour l'obtention du diplôme de médecine du travail (mars, avril, mai 1945), sous la direction de MM. les professeurs Labat et Dervillée.

Cet enseignement commencera le 1er mars 1945 et comportera des conférences, des travaux pratiques, des visites d'usines et d'infirmeries d'usines, des stages auprès des services médicaux d'usines.

Pour les conditions d'inscription, consulter les affiches.

Cours de chirurgie de guerre

Une série de 12 conférences sur des sujets d'actualité concernant la chirurgie de guerre, sera organisée sous la direction du médecin lieutenant-colonel Merle d'Aubigné, directeur-adjoint du Service de Santé de l'Armée.

Ces cours, destinés particulièrement aux jeunes chirurgiens et aux internes des hôpitaux, se font les lundi, mardi, mercredi, jeudi et vendredi, à 16 heures, à l'hôpital Léopold-Bellan, rue Jules-Guesde, à Paris. Le premier cours a eu lieu le 5 février 1945.

Programme : 1° Organisation du Service de Santé de l'Armée (médecin commandant Gouyrand) ; 2° Les plaies de guerre (médecin commandant Toulemonde) ; 3° Complications des plaies de guerre, gangrène gazeuse, tétanos (médecin commandant Marx) ; 4° Fractures ouvertes (médecin lieutenant-colonel Merle d'Aubigné) ; 5° Plaies articulaires (médecin commandant Boudreaux) ; 6° Plaies thoraciques (médecin commandant Dubau) ; 7° Plaies abdominales (médecin lieutenant-colonel Leibovici) ; 8° Plaies du périnée (médecin commandant Cordier) ; 9° Soins pré et post-opératoires, traitement anti-choc, réanimations (médecin lieutenant-colonel Tzanck) ; 10° Plaies cranio-cérébrales et rachi-médullaires (Dr David) ; 11° Les acquisitions récentes en anesthésies (Dr Marc Maroger) ; 12° Brûlures (médecin lieutenant Bessis).

A ces cours théoriques, succédera un stage pratique.

Naissances

M. et Mme Michel Gros, née France Le Sourd, font part de l'heureuse naissance de leur 3e enfant : Agnès. Paris, 3, place Victor-Hugo (29 janvier 1945).

Monique, Françoise, Jacqueline, Michèle, Christiane Renaudeaux, sont heureuses de vous faire part de la naissance de leur frère Jean-Pierre (de la part du Dr Maurice Renaudeaux et de Madame, née Denise Nobécourt), Paris.

Necrologie

Le Dr Huber, à Cherbourg. Il était le frère de notre confrère et ami, le Dr Julien Huber, médecin des hôpitaux de Paris, que nous assurons de notre bien affectueuse sympathie pour ce deuil si proche de celui qui l'atteignait récemment.

— Le professeur Nicloux (de Strasbourg).

— Le professeur Rouslacroix (de Marseille).

— Le Dr Descazals (de Limoges).

— Le Dr Georges Pitsch (à Paris).

— Le Dr A. Morisetti (à Paris).

— M. Robert Eltrich, externe des hôpitaux de Paris, engagé volontaire, lieutenant d'infanterie, tombé pour la France le 30 novembre 1944, en Alsace.

— Dr Otto Veraguth, professeur de physiothérapie à la Faculté de médecine de Zurich.

— On annonce la mort, survenue à Chambéry, son pays natal, de M. Sébastien Charléty, ancien recteur de l'Académie de Paris, membre de l'Institut, Grand'croix de la Légion d'honneur. Charléty avait été professeur à la Faculté des Lettres de Lyon. On lui doit de très importants travaux d'histoire, notamment sur la ville de Lyon. Il fut ensuite directeur de l'Instruction Publique en Tunisie, puis en 1919 directeur général de l'Instruction Publique, à Strasbourg. En 1927 il avait été nommé recteur à Paris et y resta jusqu'en 1936 où il fut remplacé par M. Gustave Roussy. Charléty avait 78 ans.

Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe) Dépôt légal. — 1945. — 1er Trimestre. — N° 1. — Le Gérant : F. Le Sourd

N° 5. — 1er MARS 1945 118e ANNEE Ce numéro : 4 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 100 fr. Etudiants, 50 fr. ; Etranger, 150 et 180 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de Médecine de Paris

Election. — Le Conseil de la Faculté a proposé pour la chaire de clinique urologique (dernier titulaire M. Chevassu), en première ligne, M. Fey ; en deuxième ligne, M. Couvelaire.

Professeur de classe exceptionnelle. — Un décret du 12 février 1945 porte modification du décret du 20 janvier 1945 relatif à la nomination à la classe exceptionnelle des professeurs titulaires de l'enseignement supérieur. Cette modification porte sur les propositions qui seront faites par une commission supérieure de classement présidée par le directeur général de l'enseignement supérieur.

Facultés de province

Bordeaux. — M. Chelle, professeur, est chargé, pour l'année scolaire 1944-1945, de la direction des services de la chaire de chimie biologique.

M. Tayeau est chargé, pour la même période, de l'enseignement de la chimie biologique, en remplacement de M. Machebœuf, détaché.

Lille. — Le titre de professeur honoraire est conféré à M. Debeyre, ancien professeur.

M. Bedrine, institué agrégé, est nommé agrégé.

Nancy. — M. Lucien a été élu doyen.

Faculté libre de Médecine de Lille. — M. le Professeur L. Langeron a été nommé doyen de la Faculté libre de Médecine en remplacement de M. le Professeur Lepoutre.

Ecoles de Médecine

Clermont-Ferrand. — Des concours pour les emplois de professeurs suppléants : 1° de clinique obstétricale ; 2° de clinique médicale à l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand s'ouvriront le 1er octobre 1945 devant la Faculté de Médecine de Toulouse.

Dijon. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de physiologie et d'histologie à l'Ecole de Médecine de Dijon s'ouvrira le 1er octobre 1945 devant la Faculté de Médecine de Lyon.

— M. le Prof. Pierre-Etienne Martin est nommé pour trois ans, à dater du 1er janvier 1945, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, en remplacement de M. Leclerc, admis à la retraite.

Tours. — M. Richard, professeur suppléant, est nommé à compter du 1er janvier 1945 professeur titulaire de la chaire de clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine de Tours, en remplacement de M. Roy, décédé.

Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de Médecine de Tours s'ouvrira le 1er octobre 1945 devant la Faculté de Pharmacie de Paris.

Santé publique

Conseillers techniques sanitaires. — Par arrêté du 8 février 1945, M. le professeur Duvoir a été nommé conseiller technique sanitaire du ministère de la Santé Publique pour l'hygiène industrielle et la médecine du travail.

Par arrêté du 19 février 1945, M. le Dr Toulouse a été nommé conseiller technique sanitaire du ministère de la Santé publique pour la psychiatrie.

Conseil supérieur d'hygiène publique de France. — Sont nommés pour l'année 1945 :

Président délégué du Conseil supérieur d'hygiène publique de France : M. le Dr Jules Renault, membre de l'Académie de Médecine.

Vice-présidents : MM. Brouardel et le professeur Tanon, membre de l'Académie de Médecine.

Sont nommés pour une période de trois ans :

Secrétaire du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, M. le Dr Briau.

Présidents des sections : 1re section, eau et assainissement, M. le Dr Brouardel.

2e section : épidémiologie, M. le professeur Lemierre.

3e section : alimentation, M. le professeur Schaeffer.

4e section : sérums et vaccins, M. Tréfouël.

5e section : hygiène industrielle et médecine du travail, M. le professeur Duvoir.

Membre du Conseil en qualité de directeur régional de la Santé et de l'Assistance, M. le Dr Le Bourdelles.

(J. O., 23 février 1945.)

La liste des membres du Conseil a été publiée dans la « Gazette des Hôpitaux », 1945, n° 4, page 50.

Conseil régional des médecins, région de Paris. — Le Conseil régional des médecins pour la région de Paris est complété pour les affaires concernant les praticiens de l'art dentaire, par MM. Ancey (René), Journée (Maurice), Lecomte (Georges), Lemoine (Léon), Maret (Louis-Auguste), Marie (René), Picamal (Pierre) Richard (Edouard), Rimmel (Robert)

Et pour les affaires concernant les sages-femmes, par Mmes Delebarre, Genty, Jay, Lenfant, Mosse, Pierson, Valby.

Centres régionaux d'éducation sanitaire. — Sont nommés directeurs : le Dr Etienne Berthet, à Grenoble ; le prof. Kühn, à Dijon ; le Dr Walter Stewart, à Rouen.

Honorariat. — M. Charles Haye, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène est nommé directeur honoraire.

Etablissements nationaux de bienfaisance. — Le J. O. du 21 février publie, p. 911-912, un arrêté fixant, à dater du 1er janvier 1944, les émoluments alloués au personnel des établissements nationaux de bienfaisance ne recevant aucun traitement soumis à la retenue pour la retraite et uniquement rémunérés par indemnités.

Citations à l'ordre de l'armée

Médecin capitaine Benichoux (Edouard), ne bataillon médical, chef d'équipe chirurgicale.

Médecin lieutenant Dagnan (Yves, Edmond, Marie), ne groupe des tabors marocains.

Médecin lieutenant Tabary, ne bataillon médical, chef du service de réanimation.

(J. O, 18 février 1945.)

Chambre syndicale nationale des fabricants de produits pharmaceutiques. — La Chambre qui groupe l'ensemble des fabricants vient de procéder à l'élection de son Conseil d'administration qui est ainsi composé :

Président : M. François Prevet ; vice-président honoraire : M. Cuny ; vice-présidents : MM. Baude, Besins, M. Caze, R. Midy.

Secrétaire général : M. Armingeat ; secrétaires : MM. M. Choay, Marinier, Pasquier, Roy ; trésorier : M. A. Longuet.

Conseillers : MM. Aubry, Bcytout, Billon, Brothier, Candelier, L. David, Delagrange, Depruneaux, Garat.

Président de la délégation (Lyon, Rhône, Alpes Sud-Est) : M. R. Plantier, à Annonay.

Président de la délégation nord : M. Ed. Dehaussy, à Lille.

Président des régions du centre, ouest, sud-ouest : M. Hélin, à Châteauroux.

Hommage au Professeur Henri Claude. — Les amis, collègues et élèves du Professeur Henri Claude ont l'intention de lui offrir en hommage, en souvenir de sa vie de travail et de son enseignement, son portrait par le peintre Levy-Dhurmer.

Un comité créé à cette occasion est présidé par le Professeur Balthazard, doyen honoraire et le Professeur Baudouin, doyen de la Faculté.

Adresser les souscriptions au Dr André Roux-Dessarps, trésorier, librairie Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e).

Nécrologie

— Le Dr Georges Weill, médecin chef du service O.-R.-L. de l'hôpital Rothschild, chevalier de la Légion d'honneur, croix de guerre 1914-1918.

— Le Dr Leuret, chirurgien honoraire de l'hôpital Saint-Joseph, à Paris.

— Nous apprenons la mort de Mme H. Gougerot, femme du Professeur H. Gougerot, mère du Dr Louis Gougerot, chef de clinique à la Faculté, et du Dr Jean Gougerot, médecin lieutenant, et aide d'anatomie.

Les obsèques ont eu lieu le 31 janvier, à Saint-Thomas-d'Aquin. Nous adressons au Prof. Gougerot et à ses enfants, l'expression de notre très affectueuse sympathie.

Messe commémorative. — Le Conseil d'administration de l'**Union Médicale Latine (U. M. F. I. A.)** fera célébrer le jeudi 15 mars, à 10 heures précises, en l'Eglise Espagnole, 51 bis, rue de la Pompe, Paris (16e), une messe commémorative à la mémoire de ses regrettés présidents : les Drs Dartigues, Bandelac de Pariente et le professeur Cunéo.

Les membres et amis de l'U. M. F. I. A. sont invités à assister à cette cérémonie.

Cours

Travaux pratiques d'hématologie (Laboratoire de parasitologie : prof., M. Emile Brumpt), sous la direction du professeur agrégé Paul Chevallier, assisté par les Drs R. André, J. Bernard, L.-C. Brumpt, G.-H. Lavergne et J. Mallarmé. Ce cours comprendra douze séances, commencera le 28 mai, à 16 h. 30, et aura lieu les lundis, mardis, mercredis et vendredis suivants. Chaque séance comportera un exposé théorique, des démonstrations et des manipulations. Chaque auditeur pourra se constituer une collection personnelle de préparations d'hématologie.

Droits d'inscription 400 francs. — (Réduction de 50 % pour les internes.)

Cours réservés aux médecins et étudiants en médecine ayant plus de vingt inscriptions, aux vétérinaires et pharmaciens ayant terminé leur scolarité.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté, guichet n° 4, tous les matins, de 10 heures à midi, et les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

INTERETS PROFESSIONNELS

Réunion temporaire des syndicats de médecins, chirurgiens et spécialistes

A cette réunion qui s'est tenue le 9 février dernier, rue Serpente, assistaient de nombreux confrères parmi lesquels des membres des Comité de coordination de la région de Paris, Comités départementaux de Seine et Seine-et-Oise, Commissions nationale et départementale de reconstitution des syndicats, Sociétés médicales d'arrondissement de Paris et leur Conseil général, Syndicat des spécialistes des hôpitaux de Paris, Société des chirurgiens de Paris, Société de Médecine de Paris, Hôpitaux libres, Syndicats nationaux de chirurgiens et spécialistes, Commission paritaire, Résistance et médecins anciens combattants et des observateurs de la presse spécialisée, des dentistes, pharmaciens et sages-femmes.

Ont successivement donné le climat des discussions actuelles avec les Assurances sociales, au sujet du tarif minimum opposable : MM. Courtois, Lafay, Rœderer, Mouthon, Tissier-Guy, Wolfrom, Sénéchal, Dupas, Remilly, Rouzaud, Glasser, Lemesle.

MM. Courtois et Lafay ont fait l'historique et exposé l'état actuel des pourparlers avec les différents ministères intéressés : Santé, Economie Nationale et, en particulier, Travail. Ils ont insisté sur l'imminence de la décision du Ministère du Travail sur l'application d'un tarif opposable. MM. Tissier-Guy, Wolfrom et Mouthon rendent compte de la réunion de la commission paritaire avec les Assurances sociales. Une discussion s'engage et les décisions suivantes sont prises :

1° Nécessité urgente de la reconstitution des syndicats médicaux régulièrement élus;

2° Organisation de la défense de la charte médicale.

L'Assemblée unanime remercie MM. Descomps, Drouet, Gaye, Lafay, Meyer, Plichet, Sénéchal et Tissier-Guy pour l'action menée à l'occasion des projets d'ordonnance du Ministère du Travail auprès des ministères et organisations syndicales dans l'intérêt des malades assurés sociaux et leur fait confiance pour continuer les démarches commencées en vue du maintien absolu et rigoureux de tous les principes de la charte médicale.

Chambre syndicale des Médecins de la Seine

« Le retard apporté à la reconstitution des anciens syndicats nous a incité devant l'offensive des Assurances sociales et, en raison de l'urgence, à créer, conformément à la loi du 21 mars 1884, un organisme unique de défense professionnelle : « La Chambre syndicale des médecins de la Seine ».

Envoyez votre adhésion dès maintenant au secrétaire général provisoire : Dr Dupas, 99, avenue Ledru-Rollin, Paris (11e)), en y joignant la somme de deux cents francs à valoir sur la cotisation dont le montant sera fixé par l'Assemblée générale constitutive.

Le Bureau provisoire :

Pour Paris : Biard, Boëlle.

Pour la banlieue : Besançon, Fanton d'Andon. »

Renseignements

Cherche appareil radiographie moderne, écran super lumineux, parfait état, disponible de suite. — Dr J. Ouvrier, 7, rue Mesnil. PAS. 44-04.

J. f. laborant. conn. parfait. anal. biolog. chim. et bact., et techn. prélèv. ; posséd. 3 ans minim. référ. m. pl. ; habit. riv. g. ou banl. Sud. Ecr. en indiq. âge, référ. prétent. à Pharm. 4, Pce Porte Orléans.

analgésique
antithermique
antirhumatismal

ASCEINE

NOM DÉPOSÉ

ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE
ACET-PHÉNÉTIDINE — CAFÉINE

RHUMATISME
GRIPPE
NÉVRALGIES

1 à 6 comprimés par jour

LABORATOIRES O. ROLLAND
103 à 117, Boulevard de la Part-Dieu, LYON

NERFS
NERFS
NERFS
NERFS

SYMPATHOCRINE

DRAGÉES

THÉRAPIE COMPENSÉE DES TROUBLES VAGO-SYMPATHIQUES

LABORATOIRE
S.A
60, Rue de Rome



BIOSEDRA
R.L.
Paris 6e Lab. 19-13 - 14



Laboratoires J. LAROZE _ 54, rue de Paris _ Charenton (Seine)





Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS-10e

REVUE GENERALE

LE TÉTANOS POST-ABORTUM

par le professeur E. Mériel (Toulouse)

Des diverses formes cliniques de tétanos, celui qui survient après un avortement est sans contredit une des plus graves. Cette gravité toute spéciale tient à son apparition irrégulière ainsi qu'à son évolution presque toujours fatale, en dépit des thérapeutiques médicale et chirurgicale. Il semble cependant que tout espoir ne soit pas perdu, à la condition qu'une attaque thérapeutique suive rapidement un diagnostic qui aura su interpréter dès leur apparition les indices avertisseurs. Telle est, en effet, l'impression qui nous a paru se dégager des discussions et des travaux récents sur ce sujet, et dont nous allons ici rapporter les principaux arguments.

Il faut signaler tout d'abord qu'il ressort des discussions récentes à l'Académie de Chirurgie que les cas de tétanos post-abortum (T.P.A.) s'observent de plus en plus fréquemment. Cette fréquence paraît due surtout, semble-t-il, à l'emploi généralisé des crayons médicamenteux intra-utérins. On s'est demandé d'où pouvait provenir leur nocivité. Dans la composition des crayons entrent ordinairement de la farine de seigle, de la glycérine, de l'acide borique et de la gomme arabique, toutes substances qui théoriquement sont exemptes de spores tétaniques. Il n'y aurait possibilité de contamination que si la gélatine, substance d'extraction animale, et souvent contaminée par des spores tétaniques, était substituée à la gomme arabique (N. Fiessinger). Mais Morel (du laboratoire de Chimie biologique), ayant cherché dans un crayon Chaumel de la gélatine par hydrolyse acide et réaction du biuret, a obtenu des résultats négatifs. Ce fait écarte donc les soupçons invoqués contre la gélatine. D'autre part, des injections à la souris par voie sous-cutanée ou intra-péritonéale d'une dissolution d'un huitième de crayon n'ont pas permis à Fiessinger d'observer à la suite aucun tétanos. Il faut donc admettre, conclut-il, que la spore tétanique ne vient pas du crayon, mais plutôt des mains des opérateurs, des instruments ou du col utérin. Si l'on compare ces tétanos post-abortifs avec ceux qui acompagnent les fausses-couches dues à l'introduction de sondes en gomme ou de tiges métalliques, on est porté à adopter cette hypothèse. Ainsi, semble-t-il, la spore tétanique est le fait d'une contamination technique, et la fréquence du tétanos dans ces avortements tiendrait au milieu de culture constitué par l'utérus plein de caillots et de débris embryonnaires (Fiessinger). La plaie utérine, les débris placentaires, le siège profond, cavitaire de ces lésions, les associations microbiennes dont le rôle est bien connu dans la production du tétanos ordinaire — surtout le perfringens — tout cela facilite l'agression et le développement du bacille de Nicolaier. Il est admis que celui-ci est presque toujours apporté de l'extérieur, sans toutefois qu'on puisse toujours facilement reconstituer son mode d'invasion. L'inoculation varie de 1 à 3 jours dans les cas rapides, et de 8 à 10 et 12 jours dans les cas les plus lents, au 9e jour dans les cas de Sabrazès et Lagrange, et Funck-Brentano rapporte même un cas d'apparition encore plus lente, au bout de trois semaines, suivi d'ailleurs de mort. En général, c'est vers le 4e et le 5e jour que se manifestent les accidents tétaniques (Mondor).

Il est classique de dire que le T.P.A. est un tétanos spécial, dit tétanos splanchnique. Le premier signe est la gêne de la mastication. Les deux mâchoires se serrent, les arcades dentaires s'emboîtant fortement, c'est là le trismus classique. Bien que Sicard ait signalé comme symptôme prémonitoire une sensation de picotement de la langue avec saveur poivrée, le trismus est dans la forme habituelle, « le grand signe de début et d'alarme » (H. Lenormant). Toutefois, si la malade parvient à dissimuler son acte clandestin, ou si le médecin ne peut recueillir des aveux, il pourra être embarrassé pour distinguer ce trismus de celui qu'on observe dans les angines phlegmoneuses. Fiessinger a vu ainsi commettre deux fois cette erreur. Mais la confusion n'est que passagère, car d'autres symptômes plus significatifs ne tardent pas à se montrer. D'autre part, tandis que le trismus de l'angine est continu, celui du tétanos présente des paroxysmes particulièrement violents. En même temps, on voit les traits se figer dans un rictus crispé (rire sardonique). La malade parle ainsi à travers ses dents serrées, elle montre sa gorge qui lui semble étreinte dans un étau; enfin elle se plaint d'une soif jamais calmée, et cependant la déglutition est presque impossible, car le passage de la moindre goutte d'eau exaspère le spasme de contracture. L'hydrophobie s'ajoute ainsi à la dysphagie. Au même moment apparaît la raideur de la nuque, souvent très douloureuse; tout mouvement de latéralité est devenu impossible. Cette raideur qui dépasse de beaucoup celle des états urémiques, fixe la tête comme celle d'une statue de pierre (Fiessinger). Les muscles du dos sont également envahis par cette raideur, perceptible à la main qui les palpe. La raideur s'étend moins souvent aux membres, et dans le cas où elle existe, elle frappe surtout les muscles postérieurs. Les contractures sont de distribution segmentaire (membres, cou, dos) ou généralisés. Dans le cas que j'ai eu l'occasion d'observer à l'Hôtel-Dieu de Toulouse en 1938, les membres supérieurs seuls présentaient des contractures; la paroi abdominale resta souple.

Au moment des paroxysmes, tout le corps se raidit, et la tête se renversant en arrière, dans l'attitude en opisthotonos; cependant cette attitude schématique n'est pas d'observation trop courante ici. C'est ainsi que cette contracture généralisée faisait défaut chez ma malade, 5 jours après les manœuvres abortives; le complexus symptomatique se limitait au trismus, à la dysphagie et à la raideur de la nuque.

Il suit de là que le T.P.A. est surtout un tétanos splanchnique, où dysphagie, spasmes laryngés, dyspnée avec cyanose se succèdent et vont, par leur intensité, entraîner la mort par asphyxie. La localisation des spasmes à la région pharyngo-laryngée s'explique par l'innervation vago-sympathique des muscles pharyngés et laryngés. Ce tétanos est donc plus dysphagique et moins généralisé aux membres que le tétanos traumatique. En raison de cette forme splanchnique peut en partie résulter de la diffusion survenue de la toxine par les voies splanchniques (Fiessinger). Pour l'utérus, l'atteinte splanchnique serait comparable à la contracture locale dans le tétanos d'inoculation humaine ou animale. Mais ce tétanos s'accompagne des contractures supérieures, masséter et muscles de la nuque, témoignant de la diffusion dans le système spinal supérieur.

D'autre part, tandis que dans le tétanos traumatique la température s'élève progressivement en même temps que le pouls, ici la température oscille entre 37° et 38°, et le pouls reste aux environs de 100; il en fut ainsi pour ma malade qui mourut au 8e jour après son admission dans le service. Mondor signale dans son observation, comme dans celle de Scherp et de Bonnet, une température invariablement normale. Dans le deuxième cas mortel de Petit-Dutaillis et Guénin, la température était de 37°, et le pouls à 100. Dans le premier cas mortel de Mondor, Léger et Olivier, la température était restée à 37°4, et le pouls à 88. Ce n'est qu'aux approches de la mort que les réactions générales s'élèvent, ainsi dans le deuxième cas mortel de Petit-Dutaillis la température avait atteint 39° et le pouls 135; dans un autre de Mondor on observa une température de 38° et un pouls à 110. Ceci montre donc qu'on ne peut tirer de l'étude du pouls et de la température du début des éléments valables pour le diagnostic comme pour le pronostic.

Les *formes cliniques* sont les mêmes que pour le tétanos traumatique, avec cette restriction cependant que le T.P.A. est toujours diffusé et du type bulbaire généralisé et descendant (Fiessinger). Depuis le tétanos suraigu jusqu'au tétanos prolongé de plus de 20 jours, à évolution lente, toutes les formes ont été observées. La proportion des formes chroniques serait même assez élevée (Auvray et Frantz). On a observé une forme où dominaient les signes cardio-vasculaires (Jambon et Ratié, Vedel) dans un cas d'avortement par l'eau savonneuse et la quinine. Pagniez et Rivoire ont signalé une forme de tétanos intermittent que semble contester Mondor; mais ce dernier admet la forme hydrophobique avec crises violentes sur le pharynx et la glotte, trismus et dysphagie sans contracture des membres et du tronc. C'est dans cette catégorie que je puis faire entrer ma malade. Dans ces formes dysphagiques, on peut observer, comme dans le cas de Mondor et Worms, des spasmes pharyngés avec douleur atroce et sensation d'étouffement, comme dans le tétanos splanchnique. Toute déglutition est alors devenue impossible, et toute tentative d'absorption de liquide fait réapparaître des crises semblables.

On peut également assister à des formes dyspnéiques avec cyanose, arythmie et perte de connaissance (cas de Ameline et Jean Bernard). Ainsi envisagée, conclut Fiessinger, la forme hydrophobique se rapproche du tétanos splanchnique.

A première vue, il semble que le *diagnostic* doive se faire sans difficulté. Mais il n'y a pas de cas, sauf celui de Sicard, où le diagnostic ait été fait avant les signes classiques (Mondor). La dissimulation craintive, le mutisme des malades sur la provocation de l'avortement retardera l'établissement de ce diagnostic. Il faut reconnaître aussi que certaines formes cliniques peuvent induire en erreur, telles celles qui ne présentent que des spasmes du pharynx et du larynx. Aussi n'est-ce que pour mémoire qu'on doive citer ici les autres causes classiques d'erreur (dent de sagesse, urémie convulsive, hystérie, méningite cérébro-spinale, tétanie puerpérale, intoxication par la strychnine), car l'ensemble des autres manifestations morbides suffit à les écarter de notre esprit en présence d'un tétanos abortif à manifestations pharyngo-laryngées.

Enfin en cas de mort rapide après phénomènes convulsifs, il faudra penser, selon le conseil de Mondor, aux embolies cérébrales compliquant l'avortement (embolies gazeuses, graisseuses ou caustiques), plutôt qu'au tétanos. Dans celui-ci l'intelligence de la malade s'est conservée : ma malade, étudiante en droit, compre-

nait toutes mes questions et indiquait par sa mimique la date de son avortement, donc la durée de l'incubation. Par conséquent, cette notion d'incubation acquise et ajoutée à la conservation de la conscience de la malade seront encore les meilleurs signes du diagnostic différentiel.

Le *pronostic* est toujours sombre. La mortalité s'inscrit, en effet, dans les statistiques de Mondor, en 1936, entre 88 % (Vinay) et 93 % (Kaufmann) : il faudrait y ajouter, en 1942, 26 morts pour 6 guérisons, et, en 1944 (Acad. de Chir.), 21 morts pour 3 guérisons, après hystérectomie, curettage ou abstention. Dans les 70 cas français publiés, J. Quénu estime à son tour à 75 % au moins le chiffre de la mortalité, quel qu'ait été le traitement chirurgical. La sérothérapie moderne a-t-elle modifié avec l'hystérectomie ce sombre avenir ? Dans une faible proportion seulement, puisqu'il y a eu encore 26 morts sur 32 cas, soit 81 %. On en peut conclure que le pronostic, en dépit de l'acte chirurgical et de la sérothérapie, demeure sévère dans le T.A.P., en regard de celui du tétanos traumatique.

En effet, de Lavergne (Acad. méd. 1943), sur 294 cas de tétanos relevés dans sa statistique hospitalière, note une mortalité de 50 % avec la sérothérapie simple et de 40 % avec la sérothérapie associée aux anesthésiques. Comparant ces 40 % aux 81 % chiffre moyen de T. P. A., nous pouvons dire que celui-ci est deux fois plus grave que le tétanos traumatique. Les malades meurent en hyperthermie ou en pleine asphyxie, dans une crise paroxystique (Fiessinger).

On a cherché la raison de cette gravité particulière. H. Lenormant estime que c'est l'importance de l'intoxication qui caractérise avant tout le T. P. A. « Les débris placentaires mortifiés plus ou moins digérés forment un milieu de culture excellent dans une cavité anaérobie et l'étendue de la plaie constitue une surface de résorption importante. Il est donc naturel que la pénétration toxique soit massive, entraînant une symptomatologie intense et une mort rapide. »

Cependant l'intensité des signes n'est pas la seule cause de gravité. Le foyer utérin est le siège d'une infection polymorphe avec des germes parfois très virulents. Ainsi dans le cas de Turries, Chosson et Sansat la culture d'un prélèvement montra des bacilles type sporogènes et perfringens en plus du bacille tétanique. H. Lenormant a relevé des lésions utérines de type toxique : « lésions diffuses discrètes avec nécrose et infiltration polymorphe très minime du myomètre. « J'ai déjà vu, dit Perrot, telles images d'apparence anodine dans les infections suraiguës ayant sidéré la résistance de l'organisme. » On a même trouvé dans un cas des lésions hépatiques considérables. La toxine par elle-même peut-elle être capable de déterminer des lésions viscérales, et en particulier hépatiques ? Proust et Borrel l'admettent. Abel a récemment insisté sur l'atteinte possible des viscères par le poison tétanique. La toxine ne serait donc plus neuratique, mais pourrait dans ce cas se généraliser aux viscères, elle serait donc *viscérotrope*.

Il apparaît donc que ce serait l'intoxication générale avec lésions viscérales qui conditionnerait fortement l'évolution fatale dans les cas graves.

L'intoxication est caractérisée par la diffusion toxique malgré la petitesse de la quantité nécessaire, et par sa diffusion nerveuse dominante et sanguine accessoire.

Le pronostic sera-t-il toujours aussi sombre ? Le traitement du tétanos est-il sans progrès, et faut-il s'en remettre aux traitements préventifs ? A ces questions que pose Mondor, voici ce qu'on peut répondre :

Le *traitement préventif* systématique dans les avortements criminels proposé par Simon, Wolgemuth, Schneider n'est pas assez inoffensif, dit-il, pour qu'on soit autorisé à en faire une prescription courante, étant donné que la mort par T.P.A. est bien rare dans la statistique des fausses-couches. Toutefois, Gatellier estime actuellement prudent de faire la vaccination préventive par l'anatoxine de Ramon; on ne peut qu'y souscrire.

Traitement curatif. — Le premier problème soulevé est celui de l'action sur le foyer pour lequel le traitement médical a été d'emblée entrepris. Le principe du *traitement local* est de tenter la suppression du foyer générateur de doses massives de toxines et agent d'absorption. Nous savons que le bacille reste au niveau de la plaie contaminée. La spore tétanique est incapable *par elle-même* de produire le tétanos, comme le montre l'inoculation à l'animal; il faut qu'elle trouve localement, par suite des « conditions anaérobies et protidiques de culture ou par suite d'une association avec des microbes aérobies variés et polymorphes, un terrain favorable au développement du bacille, qui seul possède la faculté de solliciter la toxine tétanique ». (Fiessinger.) Il en résulte la nécessité d'enlever le foyer de production infectieuse, et cela sans perte de temps, en raison de la diffusion rapide de la toxine. Deux interventions se disputent les préférences du chirurgien : le curage digital ou instrumental de l'utérus et l'hystérectomie. Le curettage est une indication réflexe en quelque sorte, qui se présente tout de suite à l'esprit, et l'on peut dire que dans bien peu d'observations il n'a pas été tenté en premier lieu. Mais le curettage le plus complet ne peut donner la sécurité d'avoir nettoyé complètement la cavité utérine. Par contre, il est capable d'avoir favorisé la diffusion de la toxine. Il faut, dit H. Lenormant, se rappeler qu'il suffit de 1/100.000 cc. de bouillon-toxine et non de toxine pure pour tuer en quatre jours un cobaye de 250 grs; dans la mesure où on peut rapporter cette dose à l'homme, on conçoit le danger d'une diffusion, si minime soit-elle. Ces données servent à expliquer que le curettage n'a pas pu améliorer le pronostic.

La seule intervention logique est l'hystérectomie très rapide ou abdominale. Elle sera vaginale, si quelque doute subsiste sur l'évacuation utérine, sur l'intégrité du muscle utérin, sur la possibilité de lésions sphacéliques (Mondor). Cette opération possède, au dire de H. Lenormant et Denoix, une valeur « théoriquement absolue ». Les préférences de H. Lenormant vont à l'hystérectomie vaginale, mieux supportée. J'ai agi de même chez ma malade, mais trop tard, malgré ma volonté.

Quelle que soit d'ailleurs la voie d'accès suivie, le pronostic reste sombre puisque Rudler (rapport Bellanger) sur 12 hystérectomies, 6 vaginales et 6 abdominales, ne relève que 3 guérisons (2 abdominales et 1 vaginale), ce qui donne 75 % de mortalité. Elle doit être faite dans les délais les plus courts afin de tarir au plus tôt la source des toxines. Le temps d'incubation joue, en effet, un rôle important. Dans le cas de morts opératoires (Rudler), il a été de 3 à 6 jours; dans 3 cas curables, de 10 à 18 jours. Dans mon cas elle fut de 4 à 5 jours. Dans ces tétanos utérins, on peut d'ailleurs remarquer qu'elle est souvent plus courte que dans les tétanos traumatiques. Plus l'incubation sera courte, plus l'évolution sera favorable, sauf pour les formes aiguës. On peut admettre, affirme Fiessinger, que, à partir du 3e jour d'un tétanos à forme typique, l'hystérectomie a peu de chances d'être supportée. Avec une incubation de 4 jours, l'hystérectomie faite sans perte de temps n'améliorera que très peu le pourcentage de curabilité. Chez ma malade, l'hystérectomie faite au 6e jour ne put enrayer la marche des accidents, suivis de mort au bout de 48 heures.

Les derniers résultats apportés à l'Académie de Chirurgie en mai 1944 ne sont guère encourageants. En effet, Huet cite 3 cas d'hystérectomie avec 3 morts; Padovani, sur 6 cas, 2 hystérectomies, 2 morts et 2 cas tardifs guéris par anatoxine; Rudler, 5 cas en un an, 2 hystérectomies (2 morts), 1 curettage (mort), 1 abstention (mort), 1 forme à incubation très lente (guérison); Hepp, 4 cas, 3 hystérectomies (3 morts), 1 abstention (mort) ; Meillère, 4 cas, 3 hystérectomies toutes suivies de mort; Mialaret, 3 cas (3 morts); Gueulette, 2 cas (2 morts malgré l'hystérectomie). De pareils résultats portent au découragement, si bien que J. Quénu a pu écrire : « Je me demande si cette opération, toute logique qu'elle soit, ne peut pas chez des malades aussi infectées, aussi fragiles, précipiter le dénouement fatal. Après cette triste série, je suis, pour ma part, peu enclin à continuer dans cette voie, malgré les quelques succès obtenus. » On a donc tout droit d'hésiter, déclare également Rudler, car un organisme aussi profondément atteint ne résiste pas à une opération, même rapide. J. Quénu conclut enfin par les indications suivantes : s'il y a rétention placentaire, curettage; s'il y a des lésions intra-musculaires de l'utérus, hystérectomie; si l'utérus est petit et le col fermé, s'abstenir. Enfin il sera nécessaire de faire du sérum dans tous les avortements.

Traitement général. — La sérothérapie curative doit être faite dès le premier jour et à doses massives, car il faut penser que l'organisme a reçu une grande quantité de toxines. Auvray et Frantz ont ainsi injecté sous la peau 600 cc. en 3 jours; de Massary et Léchelle, 2.500 cc. en 15 jours. La dose à employer ne doit pas être inférieure à 35.000 unités antitoxiques. Avec les sérums purifiés actuels, on peut faire absorber cette dose sous un volume restreint. Chalier et Rousset préfèrent l'injection intra-veineuse de 100 à 150 cc. par jour. Mais celle-ci a l'inconvénient de s'accompagner de choc (Carnot). On pourra facilement obtenir le même effet sans ce risque par la voie intra-musculaire. C'est, d'après H. Lenormant, la meilleure voie, étant donné la riche vascularisation du muscle qui permet une résorption rapide. On peut en outre accélérer celle-ci en injectant l'antitoxine par petites quantités et dans plusieurs groupes musculaires à la fois (2 injections simultanées à la cuisse et à la fesse). Est-il nécessaire *d'associer la vaccination à la sérothérapie ?* L'avantage de la séro-anatoxithérapie est de faire succéder une immunité active à l'immunisation passive du sérum. On pratique dans ce cas la première injection d'anatoxine de 1 cc. quelques instants avant l'injection de sérum antitoxique, et 5 jours plus tard 4 à 6 autres cc. Par cette séro-vaccination, on neutralise la toxine libre et la toxine fixée (Abel). Cette protection est valable contre toute nouvelle production de toxine, lorsqu'une opération radicale n'est pas venue supprimer le foyer toxique. Mais si une hystérectomie a été pratiquée sans retard, on peut considérer que la production de toxines est définitivement supprimée, et il n'est plus absolument utile de réinjecter du sérum ou de l'antitoxine, sans cependant qu'il y ait inconvénient à le faire (H. Lenormant). On peut également, pour le traitement abortif, se conduire comme pour

le tétanos aigu, en associant le sérum à l'anatoxine. Dans les cas aigus, par exemple, traités immédiatement, on injectera 2 cc. d'anatoxine, plus une dose massive de sérum, répétée plusieurs jours et enfin réinjection tous les 5 jours de 2 cc., 4 cc., 6 cc. d'anatoxine seule. Dalous, Fabre et de Brux viennent de publier deux belles observations de tétanos aigu généralisé guéris en 12-15 jours ; Bonnet et Froment ont eu 5 cas de tétanos aigu grave guéris en 3-4 semaines ; Janbon et Chaptal, 6 cas guéris également. Aussi, étant donné l'allure aiguë du tétanos post-abortum, peut-on tirer profit de ces indications si heureusement remplies et agir de même. Au surplus, la méthode différée (sérum puis ultérieurement anatoxine), qui a procuré à Dalous, Fabre et de Brux une guérison au 9e jour d'un tétanos généralisé ayant résisté à une sérothérapie intensive, peut encore donner des espoirs de guérison. Il faudra donc se souvenir de ces données récentes pour attaquer le tétanos post-abortif avec cette arme nouvelle la *séro-anatoxithérapie*, car elle constitue un réel progrès sur la sérothérapie seule; les réactions provoquées sont pratiquement nulles, sauf le cas de Dalous où l'injection d'anatoxine fut suivie d'une réaction importante marquant d'ailleurs le début de l'amélioration.

D'ailleurs, il faut savoir que la symptomatologie tétanique n'est pas due à la seule présence de la toxine sur les centres nerveux. La fixation de cette toxine est rapide et précède de beaucoup l'apparition des signes cliniques (Abel). Il se passe donc quelque chose que nous ne connaissons pas entre la fixation de la toxine et l'extériorisation des symptômes. Or, il semble que le sérum qui agit sur la toxine ne peut rien sur cet élément encore inconnu. Il est donc illusoire, conclut H. Lenormant, d'espérer une régression quelconque de la symptomatologie; on ne peut espérer qu'un arrêt de l'évolution, modifiée favorablement par le sérum (Lemétayer et Uhry).

L'introduction directe du sérum par trépanation dans les centres nerveux (Roux et Borrel) ou par voie épidurale (Courtellemont), dans le but d'arrêter immédiatement l'évolution, semble aux modernes (Guillain) ne pas donner de meilleurs résultats que la voie sous-cutanée. Quelle que soit la voie d'introduction, l'arrêt de l'évolution n'est pas immédiat. Les symptômes ne se stabilisent qu'après 48 heures. La grande rapidité du T.P.A., ainsi que l'importance des troubles respiratoires, expliquent que la mort survienne avant que l'effet du sérum ait pu se faire sentir.

Comme dans le tétanos traumatique généralisé, on a pensé que l'anesthésie générale (Dufour), en déplaçant la toxine, permettrait au sérum d'agir sur elle. Brisset ne conseillait-il pas de « rester auprès du tétanique jour et nuit, le chloroforme à la main » ? Grâce à cet adjuvant, l'efficacité du sérum serait accrue, la torture des crises convulsives atténuée, le spasme et l'asphyxie diminués. Lœven, en Allemagne, préconise l'avertine par voie rectale; son action sédative sur la contracture est nette, mais son interprétation est erronée, car l'antitoxine a parfaitement le pouvoir d'agir sur la toxine fixée et le déplacement invoqué par Leclerc ne serait donc pas comparable à une anesthésie générale (H. Lenormant). On a essayé de même les barbituriques, mais leur action favorable ne paraît pas supérieure à celle de l'anesthésie générale. Enfin la morphine garde de bonnes indications pour lutter contre la contracture.

Après avoir fait cette mise au point des méthodes nouvelles, il convient de reconnaître qu'elles se sont montrées insuffisantes dans les tétanos très graves, et dans l'espèce le T.P.A., à cause de l'intoxication massive et rapide de tout l'organisme. On a fait la preuve de celle-ci par l'étude des troubles humoraux : 32 fois sur 37, on a signalé de l'azotémie (Vacarezzo). Dans un tétanos post-abortif, Warembourg et Driessens ont noté à leur tour l'élévation du taux de la polypeptidémie, attribuable à une hépatonéphrite aiguë. Cette notion entraînera comme corollaire thérapeutique la nécessité de faire d'abondantes injections de sérum salé par voie sous-cutanée ou de sérum glucosé isotonique par voie veineuse.

De tout ce qui précède, la conclusion pratique qui paraît actuellement s'imposer est la *vaccination systématique de tous les avortements*, surtout dans les milieux hospitaliers (J. Quénu et Gatellier), afin de donner le temps de faire les premières injections, et peut-être aussi d'améliorer le pronostic jusqu'ici très sévère du tétanos post-abortum.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES RECENTES

DENOIX et LENORMANT. — A propos du tétanos post-abortum (*Presse médicale*, 2-5 juillet 1941).

AUVRAY et FRANTZ. — *Gaz. des Hôp.*, 1926, p. 933.

COLES. — *The Lancet*, 1934.

LECLERC. — La libération des toxines neurotropes par les anesthésiques (*Bull. méd. de Québec*, 1928, p. 7).

LEMÉTAYER et UHRY. — *Soc. de biol.*, 1937.

H. LENORMANT. — Mécanisme de l'intoxication tétanique (*Presse méd.*, 1929).

H. LENORMANT. — Physiopathologie de la contracture tétanique (*Thèse de Paris*, 1943).

N. FIESSINGER. — Le tétanos post-abortum (Leçon clinique du 29-1-44, in *Progrès médical*, 24 mars 1944).

H. MONDOR. — *Les avortements criminels* (1 vol., 1936).

AMELINE et J. BERNARD. — *Acad. de chir.*, 7 juillet 1943.

PETIT-DUTAILLIS et GUÉNIN. — *Acad. de chir.*, 7 juillet 1943.

MONDOR, LÉGER et OLIVIER. — *Ibid.*, 1943.

BELLANGER. — *Ibid.*, 7 juillet 1943.

SOHIER. — Séro-anatoxithérapies, diphtérique, tétanique, botulique (*Progrès médical*, 10 juillet 1944).

J. QUÉNU, HUET, BANZET, PADOVANI, RUDLER, HEPP, MEILLÈRE, MIALARET, GUEULETTE, BAZY, P. FUNCK-BRENTANO, SEILLÉ (*Acad. de chir.*, 3 mai 1944).

CLEISZ, BRET, GADRAT, Mme VALLIN. — Les crayons Chaumel comme agent abortif (*Soc. de gyn., obst. de Paris*, 1er mai 1944, et *Presse méd.*, 2 déc. 1944).

LA PARALYSIE GÉNÉRALE est-elle de nature exclusivement syphilitique?

par Maurice LECONTE

Médecin-directeur de la Colonie Familiale d'Ainay-le-Château

et Pierre MARTY

Interne des Hôpitaux psychiatriques de la Seine

Le problème de l'étiologie des troubles mentaux de la syphilis ne paraît pas encore résolu puisque, dans une étude toute récente, l'un des plus éminents psychiatres français, M. Barbé, conclut qu'il reste encore à déterminer la raison pour laquelle la syphilis se localise dans certains cas sur le cerveau et provoque parfois des troubles mentaux (1).

L'un de nous fut frappé, durant ses études dans la Seine, puis au cours de ses fonctions successives à Amiens, Rouen et Blois, de la fréquence de l'association des facteurs étiologiques de la paralysie générale. Il nous avait été répété que, pour M. Mignot, la paralysie générale demeurait d'origine alcoolique. La paralysie arrosée, loin de nous paraître une forme clinique d'exception, nous était, en effet, apparue d'une fréquence considérable.

C'est le résultat d'une étude clinique faite sur les trente-quatre paralytiques généraux qui vivent en liberté à la Colonie Familiale d'Ainay-le-Château que les cosignataires de cet article publient aujourd'hui à propos de l'étiologie de la maladie. L'origine syphilitique de la paralysie générale ne fait aucun doute dans chaque cas; la preuve biologique de tous ceux que nous rapportons a été établie. Rien ne sort, chez nos malades, des données classiques concernant la durée d'incubation du tréponème avant les premiers symptômes du mal.

Mais, si la syphilis paraît un facteur nécessaire, celui-ci est-il suffisant ?

Un examen clinique plus précis, un interrogatoire plus poussé, malgré leur imperfection de par la nature administrative de notre rôle, nous ont amené à considérer qu'il n'en était manifestement rien, et nous ont montré, dans la presque totalité des cas, la coexistance de facteurs pathogéniques importants qui devront attirer sans doute à nouveau l'attention.

Pour expliquer la production de troubles mentaux chez les syphilitiques, diverses théories se sont déjà affrontées. Certains ont voulu voir cette énigme s'expliquer par l'absence, l'erreur ou l'insuffisance des traitements; d'autres, avec Levaditi et A. Marie, ont admis la dualité des tréponèmes, les uns neurotropes, les autres dermotropes.

Nous ne reprendrons point les divers arguments de ces thèses. Elles paraissent, à notre avis, devoir être remplacées par la notion fondamentale, en médecine psychiatrique, du faisceau étiologique.

Cette règle générale, que l'un de nous enseigne depuis plusieurs années, nous paraît parfaitement s'accorder avec les données de la présente étude.

Chaque fois d'ailleurs qu'un psychiatre s'est penché, avec un esprit médical et objectif, sur l'étude d'un syndrome ou d'un grand processus de la psychiatrie, il n'a point manqué de signaler implicitement cette loi. Benon, de Fursac ont déjà mentionné que les traumatismes ne suffisaient pas, à eux seuls, à créer certaines psychoses. L'intéressant travail de M. Heuyer et Mme Roudinesco, sur la démence précoce, que nous citons à la bibliographie (2), confirme cette loi générale.

Magnan, dans sa monographie sur la paralysie générale, donnait à la multiplicité des facteurs étiologiques une place déjà honorable.

Si l'on veut conserver une claire vision des règles que devra instituer l'hygiène mentale, et conserver une attitude médicale devant les malades mentaux, les investigations étiologiques devront, de plus en plus, l'emporter sur une nosographie archaïque et faussée.

Parmi les principales étiologies associées chez nos malades figurent l'alcoolisme, les stigmates physiques dégénératifs et les tares héréditaires, l'artério-sclérose, les traumatismes craniens et divers autres agents fragilisants.

Ainsi, la syphilis est constante, nécessaire, mais non suffisante. L'association étiologique est la règle et certains facteurs semblent préparer le terrain, à la façon d'un mordançage qui tantôt prépare le cerveau à l'évolution cérébrale de la syphilis, tantôt constitue une ultime sommation étiologique.

Eléments du faisceau étiologique des syndromes de P. G., surajoutés à la syphilis, facteur constant, chez les malades de la Colonie Familiale d'Ainay-le-Château.

	Alcoolisme	Dégénérescence	Traumatismes	Artério-sclérose	Autres étiologies possibles
I	+			+	
II	+	+		+	
III		+		+	
IV	+			+	
V		++++		+	
VI	+			+	
VII	+	+		+	
VIII	+			+	
IX	+	+		+	
X	+				
XI					
XII	+	++	+ 8 J.	+	toxiques (vap. sulf.) + bacillose
XIII	+	+			
XIV	+	prématuré		+	
XV				+	
XVI	+				
XVII					
XVIII	+	++	+ 30 ans	+	toxiques (Pb et Hg)
XIX		++		+	
XX	+		+ 10 ans	+	
XXI		h. alcool.			
XXII	+				
XXIII	+	+	+ 8 J.	+	
XXIV	+	++		+	
XXV	+	h. alcool.			
XXVI	+	+		+	typhoïde
XXVII	+	++ h. alc.		+	
XXVIII	+	+		+	
XXIX	+		+ 17 ans		
XXX	+		+ 41 ans	+	
XXXI	+		+ 23 ans	+	R. A. A.
XXXII	+	+++		+	paludisme
XXXIII	+	+		+	paludisme
XXXIV	+		+ 1 an		

P. G. 34
Alcool. 26
Art.-scl. 24
Dégénér. 16
Traumat. 7

Nous indiquons dans la colonne traumatismes le temps écoulé entre le traumatisme et l'internement.

I. — *L'alcoolisme.*

Parmi nos trente-quatre malades, vingt-six ont subi une imprégnation alcoolique, importante et indéniable : 78 % de nos P.G. sont des alcooliques chroniques. Devant l'importance de ces résultats, nous nous devons de fournir quelques précisions :

Signalons d'abord que, chez dix de nos sujets, l'alcoolisme a été reconnu dès l'entrée et, mieux encore, quatre d'entre eux ont été internés pour accès d'alcoolisme subaigu. La P.G. n'a été décelée que plus tard, grâce à la P.L.

D'autre part, tous les P.G. que nous taxons d'alcooliques ont présenté et présentent le plus souvent encore des stigmates d'imprégnation éthylique dont la multiplicité dans chaque cas donne une valeur certaine à nos conclusions.

Enfin, l'interrogatoire a confirmé notre point de vue : Si deux seulement de nos malades avouent n'avoir absorbé en moyenne qu'un litre de vin par jour, quatre avouent un litre et demi, sept avouent deux litres et six avouent trois litres. Chaque fois, il s'ajoute, aux dires mêmes de l'intéressé, un nombre respectable d'apéritifs et de digestifs.

Parmi les sept P.G. alcooliques restant, qui, réticents, n'ont voulu fixer aucune quantité à leur ingestion quotidienne d'alcool, nous avons relevé les professions suivantes : deux livreurs de bière, un garçon de café, un camelot.

L'appoint alcoolique, chez un grand nombre de P.G., a été bien souvent signalé. On a insisté récemment sur les interréactions syphilis et alcool, génératrices de maladies mentales. Dublineau, dans une statistique (3), évalue à 76 % le nombre de syphilitiques parmi les alcooliques de son service; X. Abély l'évalue pour son service à 25 % seulement. Il suffit d'ailleurs de relire les observations tant soit peu détaillées qu'on trouve dans la littérature concernant la P.G. (4) pour se confirmer l'importance du rôle de l'alcool dans la genèse de la démence paralytique.

Toutefois, il faut se remettre en mémoire la place que l'alcool jouait dans l'étiologie de la P.G., avant l'ère biologique actuelle.

Magnan et Sérieux dans leur mémoire consacré à la P.G. (5) avaient déjà signalé les nombreux cas d'accidents alcooliques sous lesquels se dissimulerait la P.G. Ces auteurs soupçonnant déjà la place prépondérante que la syphilis devait prendre, disaient cependant : « C'est à tort, selon nous, que certains auteurs pensent que l'alcool ne peut produire qu'une pseudo P.G.... » et plus loin : « La P.G. consécutive à l'alcoolisme chronique n'offre, dans ses traits essentiels, rien qui la distingue de l'encéphalite diffuse due à d'autres causes. » Rogues de Fursac cite différents auteurs qui ont, de même, insisté sur le rôle étiologique de l'alcool dans la P.G. et conclut : « Quel que soit son mode d'action, l'alcool constitue certainement un facteur étiologique de premier ordre. De nombreuses statistiques en font foi (6). »

II. — *La dégénérescence.*

Nous avons recherché, chez nos P.G., les signes dystrophiques que l'on peut considérer comme des stigmates de dégénérescence, dans le même esprit que les avaient cherchés, chez les D.P., M. Heuyer et Mme Roudinesco (2). Parmi nos trente-quatre P.G., seize présentent des stigmates de dégénérescence, soit 48 % des cas. Les signes dystrophiques les plus couramment rencontrés chez nos P.G. sont : l'asymétrie cranio-faciale, la voûte palatine ogivale, les malformations dentaires, les déformations du thorax et des os (signes de la série rachitique), l'axyphoïdie.

Notons que deux de nos malades signalant l'alcoolisme chronique important d'un de leurs ascendants directs, ainsi qu'un autre malade prématuré, ne présentent cependant point de signes dystrophiques marquants.

Les renseignements fournis par nos sujets sur leurs antécédents familiaux n'ont pas toujours été clairs; d'autre part, l'éloignement des familles ne nous a pas permis de compléter nos observations, comme avaient pu le faire M. Heuyer et Mme Roudinesco pour leurs D.P.

Néanmoins, ce facteur étiologique n'est pas à abandonner. La fragilité du S.N. chez les dégénérés est chose bien établie.

Rogues de Fursac disait (6) : « L'opinion que la P.G. n'est qu'un accident et peut survenir chez un individu indemne de toute prédisposition ne compte plus guère de partisans. La prédisposition généralement admise est le plus souvent héréditaire. »

La loi du faisceau étiologique, en psychiatrie, éclaire donc enfin sur ce qu'on appelle, sans généralement approfondir, la prédisposition. Cette prédisposition aux troubles mentaux peut donc être constitutionnelle ou acquise, mais nécessite le concours de plusieurs processus.

III. — *L'artério-sclérose.*

Nous trouvons des signes d'artério-sclérose marquée chez vingt-quatre de nos P.G., c'est-à-dire dans 72 % des cas.

Nous ignorons, bien entendu, la plupart du temps si cette sclérose artérielle existait avant l'éclosion de la démence. Nous ne pouvons donc pas la taxer à coup sûr de facteur étiologique. Mais la fréquence avec laquelle nous la retrouvons ici n'est pas une simple coïncidence; d'autres facteurs ont, sans nul doute, favorisé cette sclérose artérielle. Si l'alcoolisme est un agent sclérosant reconnu, on ne connaît pas moins la fréquence avec laquelle on rencontre des artères dures et roulantes chez les dégénérés, même jeunes. Il n'est pas étonnant que nos P.G. participant si souvent aux deux étiologies précédentes, chez lesquels, de plus, la syphilis est venue renforcer cette sclérose, soient, la plupart du temps, des artério-scléreux. En effet, tous nos P.G., moins un, chez qui l'on retrouve d'une part des antécédents alcooliques, d'autre part des stigmates physiques de dégénérescence, sont des artério-scléreux. L'association alcoolisme + signes de dégénérescence + artério-sclérose se retrouve dans 33 % de nos cas de P.G.

Rien ne prouve que l'artério-sclérose, s'ajoutant secondairement aux autres facteurs qui l'ont créée, ne constitue pas elle-même un nouveau facteur favorisant l'action du tréponème sur le système nerveux. Elle nous paraît, en tout cas, un facteur susceptible d'aggraver le pronostic par le manque de souplesse cérébrale qu'elle peut provoquer, favorisant l'évolution vers la chronicité d'un état délirant, ou fixant un état confusionnel ou démentiel par sa présence. L'hypovascularisation cérébrale, l'hyponutrition de l'élément noble, jointes à des perturbations endo-

criniennes ou endotoxiques, ne peuvent pas manquer d'entraîner, à la suite du processus étiologique, des troubles fonctionnels du psychisme.

IV. — *Les traumatismes craniens.*

Magnan rappelait déjà l'influence des traumatismes craniens dans l'évolution de la P.G. : « Ceux-ci déterminent parfois des adhérences de la dure-mère au crâne, des pachyméningites et il paraît vraisemblable que, chez certains sujets, la présence d'un de ces foyers irritatifs puisse déterminer une encéphalite interstitielle » (5). Rogues de Fursac admet l'influence prédisposante des traumatismes, basant son opinion sur l'apparition tardive de certaines P.G. Le traumatisme, facteur étiologique de la P.G., est un fait aujourd'hui communément admis; on insiste d'ailleurs surtout sur le déclanchement de la P.G. à l'occasion d'un traumatisme cranien.

Nous ne citons ici que les traumatismes importants ayant provoqué une perte de connaissance et ayant entraîné au moins plusieurs jours de repos complet.

Si deux de nos P.G. ont été internés huit jours après un traumatisme violent, ce traumatisme par chute paraît avoir été provoqué par un certain degré d'ataxie locomotrice; il est probable, néanmoins, que cet accident a dû accélérer notablement l'évolution, cheminant encore à bas bruit, de l'affection. Par contre on voit apparaître les symptômes de la maladie chez d'autres de nos P.G., à des époques variant entre un et quarante ans après le traumatisme.

Lorsque l'encéphale a subi le contre-coup du traumatisme et quelquefois même a été directement lésé, il n'est pas douteux qu'il doit se produire une fragilisation du système nerveux qui, ajoutée aux divers autres facteurs, prépare un terrain propice à l'attaque du tréponème.

Aussi, du point de vue médico-légal, estimons-nous que le préjudice d'un traumatisme doit être pris en considération, dans la grande majorité des cas, lors de l'apparition des troubles mentaux et plus particulièrement de P. G. chez un traumatisé, que le traumatisme se soit produit antérieurement au contage (rôle de mordant dans le faisceau étiologique) ou postérieurement à la contamination (sommation étiologique).

V. — *Autres appoints étiologiques.*

Nous trouvons, par ordre de fréquence :

— deux fois le paludisme,

— deux fois une intoxication professionnelle :

a) vapeurs d'acide sulfurique,

b) plomb et mercure,

— une fois la typhoïde,

— une fois le R. A. A.

— une fois la bacillose.

Le paludisme fut autrefois considéré comme un agent pathogène suffisant à créer la P. G. Marandon de Montyel confirmait ce point de vue (7), ajoutant que, dans certains cas, le paludisme pouvait n'être qu'un facteur favorisant l'évolution de la P. G. Nous voyons, aujourd'hui, son rôle précisé par la règle du faisceau étiologique. Dans le même esprit, le paludisme est remarqué par Magnan qui cite parmi les maladies infectieuses : la fièvre typhoïde, le rhumatisme, l'érysipèle, les convulsions de l'enfance, les méningites, comme autres facteurs possibles de la P. G.

Nous trouvons seulement deux de nos malades chez lesquels nous n'avons pu mettre en évidence d'autre étiologie que la syphilis. L'un est un grand dément, incapable de donner aucun renseignement; l'autre un Russe, parlant mal le français, est un alcoolique à peu près probable.

Le tableau que nous joignons donnera mieux l'impression, qui est la nôtre, de la multiplicité des étiologies dans presque tous les cas de P. G.

Nous trouvons :

		pour % des cas totaux
26 fois l'association	syphilis + alcool	soit 78 %
19 » »	syphilis + alcool + artério-sclérose	» 57 %
11 » »	syphilis + alcool + A. S. + dégénérescence	» 33 %
3 » »	syphilis + alcool + A. S. + dégénérescence + trauma	» 9 %

Ces associations pathogènes sont ici les plus fréquentes.

En résumé, sur 34 malades,

2 ont un facteur étiologique (la syphilis) seulement
5 » 2 facteurs étiologiques possibles
11 » 3 » » »
11 » 4 » » »
3 » 5 » » »
1 à 6 » » »
1 » 7 » » »

En ce qui concerne les deux cas isolés, où il n'existe qu'un facteur étiologique, nous estimons qu'une enquête plus approfondie, des examens biologiques plus poussés qu'il n'est permis de le faire dans notre établissement qui manque de laboratoire et d'équipement radiologique, permettraient de confirmer la règle.

Ainsi, la P. G. ne saurait paraître comme relevant exclusivement de la syphilis.

Le mystère de son apparition nous paraît résolu. Pour expliquer que tels syphilitiques sont atteints d'un tel syndrome point ne paraît nécessaire de faire intervenir l'hypothèse d'une dualité des tréponèmes ou l'intervention d'erreurs thérapeutiques.

Il nous faut confesser, à ce sujet, que nous manquons de renseignements quant aux traitements antérieurs de nos malades. On pourrait redouter que ces traitements, par les intoxications qu'ils ont pu entraîner, n'aient parfois joué un rôle. Mais il ne faut pas oublier que la paralysie générale se produit également chez les malades non traités.

Nous ignorons donc quel fut le traitement antisyphilitique de nos malades; disons que, presque tous, par la suite, ont été traités soit par la méthode de Sézary et Barbé, soit par celle de Von Jauregg, soit par les deux méthodes combinées.

On voit donc le quadruple intérêt de ce court travail.

Médicalement d'abord, il montre la nécessité d'une étude complète de nos malades, tant des antécédents pathologiques, héréditaires et personnels que de l'examen physique, encore trop rarement pratiqué.

C'est là, à notre avis, l'un des effets de la loi de 1838 et de l'encombrement des asiles qui ont tendu à limiter le rôle de l'aliéniste à la description des troubles mentaux.

L'intérêt diagnostic de cette conception est donc évident; celle-ci permettra de ne pas passer à côté d'une autre étiologie, également à traiter, et sur laquelle on peut agir.

C'est ainsi qu'elle aurait permis d'éviter les quatre retards diagnostics, et thérapeutiques, que nous avons signalés et qui avaient été commis par des psychiatres de renom, trompés par l'allure syndromique et l'étiologie dominante. La connaissance de la loi du faisceau étiologique, en effet, impose de façon constante la pratique de tous les examens de laboratoire : P. L., sang, urines, radio cranienne, etc.

Ainsi s'érigera une psychiatrie enfin médicale. L'édifice a bien vu sa première pierre posée depuis longtemps, mais tarde à se dresser, parce que trop de jeunes psychiatres se précipitent vers les impasses administratives et philosophiques de notre art, qui, pour passionnantes que soient leurs visites, cessent d'être du ressort de la médecine.

Du point de vue de l'assistance, ensuite, notre recherche montre tout ce qu'a de médical le rôle du psychiatre, qui pourra pleinement s'épanouir quand davantage de petits services ouverts seront créés dans les hôpitaux.

Dans le domaine médico-légal aussi, il nous paraît qu'il faudra toujours savoir admettre, pour une part qui variera avec les éléments antérieurs du faisceau étiologique, le rôle d'un traumatisme, et partant, le dommage subi par la victime, soit immédiatement, soit dans le passé, soit dans l'avenir.

Enfin, en ce qui concerne l'hygiène mentale et la prophylaxie, notre remarque nous paraît du plus grand intérêt.

La P. G. diminuera avec la diminution des autres fléaux sociaux. Les syphiligraphes devront se pénétrer de l'importance de la loi du faisceau étiologique et conseiller avec autorité à tout syphilitique d'abandonner d'urgence toute boisson alcoolique, et d'éviter tous les facteurs susceptibles d'occasionner la production de l'artério-sclérose cérébrale : tabac, excès gastronomiques, etc...

De leur côté, les psychiatres devront se pénétrer du même principe pour proscrire formellement aux malades dont ils ont la charge toute boisson alcoolique, car ce sevrage s'impose, en définitive, autant aux syphilitiques cérébraux qu'aux alcooliques. C'est de cette seule façon que l'hygiène mentale pourra être observée dans les asiles où l'un de nous n'a que trop souvent observé des cas d'alcoolisme chronique entretenus et même contractés sous le couvert de la loi de 1838.

BIBLIOGRAPHIE

1. A. Barbé. Les psychoses de la syphilis primaire et de la syphilis secondaire (*Annales médico-psychologiques*, janv. 1944).
A. Barbé. Les psychoses de la syphilis tertiaire (*Annales médico-psychologiques*, février 1944).
2. M. Heuyer et Mme Roudinesco. — Etiologie de 50 cas de démence précoce (*Archives de Neurologie*, septembre 1936).
3. Dublineau et Duchêne. — Sur certaines associations morbides observées dans le passé des buveurs internés (discussion) (*Annales médico-psychol.*, 26 juin 1939).
4. Loo et Donnadieu. — Sur un cas de P. G. à évolution prolongée (*Annales médico-psychol.*, décembre 1931).
5. Magnan et Sérieux. — La paralysie générale (Masson, éditeur).
6. Rogues de Fursac. — Thèse, Paris, 1899.
Rogues de Fursac. — Psychiatrie (Alcan, édit., 1909).
7. Marandon de Montyel. — Contribution des rapports de l'impaludisme et de la P. G. (*Revue de Médecine*, 10 nov. 1900, fasc. II, p. 864-870).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 6 FÉVRIER 1945

Notice nécrologique sur M. Jean-Louis Faure. — M. MOCQUOT.

Rapport au nom de la Commission de l'alcoolisme. — M. TANON. — L'Académie émet un avis entièrement défavorable à la fabrication d'apéritifs anisés titrant 45°.

Comportement de la famille rurale au contact de la tuberculose bovine. — M. DURAND (de Courville) (Présentation par M. CARNOT). — La tuberculose à l'étable à une grande influence sur la contamination de familles paysannes sans entourage suspect et indemne de tare bacillaire présente ou héréditaire. Le personnel soignant une étable très infectée a des cuti +; dans les étables peu infectées la cuti est — et la contamination rare. Les enfants nourris du lait de vaches atteintes conservent une cuti négative si le lait a été bouilli; la cuti est + si le lait a été consommé cru.

La mammite tuberculeuse est rare mais des vaches de bel aspect et de temps à autre infectantes peuvent porter des lésions fermées. Moins infectant pour l'appareil respiratoire le bacille bovin peut, comme l'humain, léser la plèvre et infecter le nourrisson. Le repérage des exploitations infectées est un élément important pour le dépistage.

Les restrictions alimentaires dans les hôpitaux de Paris pendant l'occupation. — M. JUSTIN-BESANÇON. — Le tableau des rations effectivement consommées dans un hôpital parisien pendant l'occupation ne comportant ni enfants, ni vieillards, mais seulement des adultes disposant souvent de tickets supplémentaires (carte T ou de suralimentation) montre le déficit global de leur alimentation pendant les plus mauvais mois de 1944. Ce déficit a été de l'ordre de 35 à 40 % par rapport à 1939. Le régime a de plus et surtout été fortement déséquilibré par la baisse massive des protides et des lipides. Quoique améliorée, la situation présente ne permet pas un traitement correct et rapide des sujets en état de dénutrition. Il faudrait, de plus, prévoir des prestations supplémentaires d'aliments pour les nombreux sujets de cette catégorie qui figureront parmi les rapatriés.

Recherche du bacille tuberculeux par la méthode de moussage-essorage dans des expectorations, des liquides pleuraux, gastriques ou céphalorachidiens. — MM. CRUVEILHIER, FAGUET et Mlle GRANDJEAN. — 31 fois sur 82 cas considérés comme négatifs par d'autres méthodes le résultat a été positif.

Discussion. — M. BEZANÇON.

Note concernant l'état physique du personnel des mines de fer. — M. CHAILLEY-BERT. — L'amaigrissement est constant, atteignant même le système musculaire; abaissement de la tension artérielle avec pincement tensionnel, bradycardie au repos, tachycardie pour un effort même minime, caractère cataclysmique des affections aiguës, évolution ralentie des guérisons ont été notés ainsi qu'un accroissement notable du risque-maladie et du risque-blessure.

Election. — M. Louis BAZY est élu membre titulaire dans la section de chirurgie en remplacement de M. J.-L. Faure.

SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1945

Notice nécrologique sur M. Sigalas (de Bordeaux), correspondant national. — M. FABRE.

Aspects radiologiques et troubles fonctionnels de la silicose pulmonaire. — M. AMEUILLE. — On connaît bien les diverses images radiologiques de la silicose, mais c'est à tort qu'on tend à en faire la traduction d'étapes successives de plus en plus graves. Ces images ne se succèdent pas nécessairement et ne correspondent pas non plus ni comme date d'apparition, ni comme gravité aux signes fonctionnels. Or seuls ces derniers ont une importance pratique et une valeur pronostique.

Cettte discrimination est particulièrement importante à connaître au moment où la silicose va être rangée parmi les maladies professionnelles, objet d'indemnité.

Eliminer des métiers dangereux les silicotiques radiologiquement « au début », n'empêche pas la silicose de continuer son aggravation inexorable. Il serait beaucoup plus utile de mesurer objectivement, par une technique à établir, les troubles fonctionnels.

Au point de vue prévention le dépistage radiologique systématique ne sera jamais qu'insuffisant et inadéquat, donc inefficace. La prévention ne peut se faire que par des mesures d'hygiène industrielle et relève beaucoup plus de l'ingénieur que du médecin.

Etude statistique de 731 cas de pleurésies sérofibrineuses. — M. FAUVET (Présentation par M. AMEUILLE). — Les variations saisonnières ont une influence favorisante; l'âge semble moins important, sauf en ce qui concerne l'apparition des complications. Celles-ci sont surtout fréquentes dans les deux premières années de la maladie et atteignent surtout la plèvre et le poumon.

Si la reprise anticipée du travail favorise les rechutes, le repos prolongé ne modifie en rien le pronostic à distance.

La polyfibromatose héréditaire. — M. TOURAINE. — Il s'agit d'un état constitutionnel, familial, héréditaire caractérisé par la tendance à former des infiltrations nodulaires en divers points de l'organisme : fibromatoses cutanées auxquels s'associent des fibromatoses osseuses, viscérales, des troubles du métabolisme. Elles ont des caractères cliniques et anatomiques communs. Génétiquement ce sont des éléments d'un état d'ensemble, héréditaire en dominance. Quand l'exérèse chirurgicale totale n'est pas possible le seul traitement est la radio ou la radiumthérapie.

Les éventuels dangers de l'actuelle épidémie de grippe. — M. M. RENAUD. — La grippe saisonnière qui sévit actuellement rapelle par sa diffusion et sa sévérité les épidémies graves d'autrefois; les circonstances présentes en aident la diffusion et favorisent les complications. Le retour massif des prisonniers et des déportés aggraverait encore ce danger et pourrait ramener les pires jours de 1919. Il importe de prendre à temps les mesures propres à conjurer un tel danger.

Discussion. — MM. J. RENAULT, F. BEZANÇON, TANON, ARMAND-DELILLE.

SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1945

Encombrement et mortalité dans les hôpitaux parisiens. — M. FIESSINGER. — L'encombrement actuel des hôpitaux constitue un danger. Le nombre des malades dépasse de beaucoup la marge des lits budgétaires, d'où une extrême difficulté des soins, une menace constante de surinfection et une aggravation des conditions épidémiques. Cet encombrement est dû à un mode administratif basé sur l'idée de l'hôpital-refuge de l'époque médiévale. La médecine contemporaine nécessite des conditions de protection et d'examen que compromet l'actuel mode d'admission dans les hôpitaux; soigner et abriter ne sont pas synonymes.

Réceptivité du macaque au virus de l'encéphalomyélite des équidés américains. — MM. REMLINGER et BAILLY.

Sur certains facteurs physiologiques d'ordre chimique qui peuvent modifier l'évolution de la tuberculose expérimentale. — MM. NEGRE, BERTHOLOT et BRETEY. — Certains lipides ou glucides administrés en excès peuvent activer le processus tuberculeux chez les animaux de laboratoire. Le pouvoir aggravant de l'huile d'olive est supprimé par le vieillissement ou par l'injection simultanée de succinate d'éthyle. D'autres facteurs que l'acidose résultante partagent ce pouvoir accélérant. Certains esters éthyliques d'acides gras saturés sont dans certains cas accompagnés de substances volatiles qui, injectées en même temps qu'eux, retardent chez le cobaye tuberculeux l'évolution des lésions. Il deviendra peut-être possible de modifier le terrain et de ralentir l'évolution de la tuberculose par des changements physiologiques d'ordre chimique.

Enquête sur l'état sanitaire de la population scolaire à Clermont-Ferrand de 1941 à 1944. — MM. P. ROHMER, SACREZ, J.-A. ROHMER et BEYER. — Parmi les enfants de 3 à 14 ans, 1,1 % a perdu du poids et 40 % insuffisamment augmenté en 1942; de décembre 1943 à juin 1944, 124 % ont perdu du poids, 54,3 % sont restés stationnaires. L'état général s'est cependant peu modifié et il n'y a eu aucun signe grave de sous-alimentation ni de carence vitaminique. A noter la tendance à l'anémie, à la diminution du taux sanguin des vitamines A et C.

La synthèse de la vitamine C dans l'organisme humain. Expériences sur des enfants soumis à une carence prolongée. — MM. P. ROHMER, N. BEZSSONOFF, SACREZ et Mlle LEROUX. — Des enfants entre 16 mois et 4 ans soumis pendant des temps allant jusqu'à 312 jours à des régimes carencés en vitamine C n'ont pas présenté de scorbut et leurs urines ainsi que leur liquide céphalo-rachidien contenaient des traces de vitamine C. Epreuves à l'antipyrine positives. Il existait donc une synthèse de la vitamine. La croissance insuffisante témoignait d'autre part de la non-couverture du besoin optimum. L'action antiscorbutique de la vitamine et son action sur l'état général sont donc des choses distinctes.

Election. — M. SÉZARY est élu membre titulaire dans la section de médecine, en remplacement de M. Lereboullet, décédé.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 17 janvier 1945

Le syndrome humoral du tétanos (recherches expérimentales). — M. Léon Binet et Mlle Madeleine Marquis rapportent les résultats de recherches poursuivies sur le sang de cobayes soumis à une dose mortelle de toxine tétanique.

Ces auteurs retiennent de leurs travaux les trois points suivants :

1° L'existence d'une polyglobulie; 2° des troubles de la glycorégulation; 3° une chute de la réserve alcaline.

Ce dernier point est analysé par les auteurs qui ont pu noter des réserves alcalines de 15, voire même de 12,5 volumes. Ces dosages confirment des recherches poursuivies par d'autres auteurs sur les lapins et semblent constituer une invitation à l'emploi de sérum bicarbonaté dans le tétanos humain.

M. Petit-Dutaillis a utilisé avec succès la perfusion de sérum glucosé.

Fonctionnement du service de santé pendant la bataille de Caen. — M. Morice insiste sur l'intérêt considérable des transfusions répétées et abondantes.

Huit observations de tumeurs endothoraciques d'origine nerveuse. — MM. A. Maurer, R. Sauvage et J. Mathey insistent sur la nécessité d'un dépistage précoce car l'exerèse chirurgicale est infiniment plus facile et meilleure dans ses suites.

M. Roux-Berger considère qu'il faut toujours opérer ces tumeurs en raison des doutes qui subsistent toujours sur leur nature.

Séance du 24 janvier 1945

Essai de traitement de la sténose pylorique et des vomissements spasmodiques du nourrisson par infiltration du splanchnique droit. — M. Luzuy. (M. Fèvre, rapporteur).

Perforation de la vésicule biliaire chez un enfant de 3 ans. — MM. Luzuy et Audy. (M. Fèvre, rapporteur).

Occlusion aiguë du grêle par kyste du mésentère. — M. Leuret. (M. Fèvre, rapporteur).

Deux cas de luxation primitivement irréductible de l'astragale. — M. Parneix. (M. Kuss, rapporteur).

Au sujet du bactériophage intra-veineux dans le traitement des staphylococcies graves ou rebelles. — M. Sauvé montre que la voie intra-veineuse représente la seule voie efficace pour introduire le bactériophage. L'auteur injecte de 2 à 4 cm³ de bactériophage dilué dans 250 cm. de sérum. La durée de l'injection est de trois quarts d'heure.

M. Brocq insiste sur la prudence avec laquelle il faut parler de guérison en présence de staphylococcémie; des récidives après plusieurs années de silence sont possibles.

Séance du 31 janvier 1945

M. le Professeur Cadenat prononce l'éloge de M. Maurice Auvray, décédé.

Le signe du dédoublement des malléoles dans les fractures de l'astragale. — M. G. Kuss rappelle qu'il a décrit dès 1920 ce signe dans les fractures antéro-postérieures de l'astragale.

A propos du traitement des abcès du foie. — M. Lecercle (de Damas) conseille de commencer par la ponction et l'aspiration, et, secondairement, l'incision et le drainage.

Sur les hernies discales. — M. Chavannaz (Bordeaux) insiste sur la fréquence des cas légers, sur la possibilité de leur amélioration et guérison par le traitement orthopédique (traction continue suivie de corset rigide). Le diagnostic est possible sans lipiodol.

Discussion. — M. A. Sicard n'emploie plus le lipiodol; les signes cliniques suffisent au diagnostic. M. Petit-Dutaillis ne l'emploie pas toujours et décrit les signes cliniques qui lui paraissent probants.

Perforation d'ulcus duodénal après gastrectomie par exclusion. — M. P.-P. Prat (de Nice). Rapporteur : M. Gueulette.

Reflux duodénal après cholédocotomie pour lithiase. — M. Alain Mouchet. — Complication grave : 3 décès sur 5 cas publiés en France. Aussi, dans les cas à cholédoque très distendus, l'anastomose cholédoco-duodénale serait indiquée.

Discussion. — MM. P. Moulonguet et J. Gosset.

Traitement de l'enurésis par la laminectomie lombro-sacrée. — MM. A. Sicard et R. Kuss. — 23 opérations ont été suivies de 5 guérisons ; tous les autres cas ont récidivé plus ou moins tardivement. L'opération ne montre aucun facteur de compression. Elle présente surtout une action psychique.

Discussion. — MM. Pasteau, Richard, Sorrel, Petit-Dutaillis, Couvelaire, Wolfrom et Huc appuient cette opinion.

Présentation de pièce. Splénectomie. — M. André Richard.

Séance du 7 février 1945

Les centres de réanimation. — M. Tzanck insiste sur la nécessité de transfusions extrêmement larges (1 litre 500 et davantage). L'auteur discute les indications respectives de la transfusion de sang et du plasma; chez les blessés qui ont saigné rien ne peut remplacer le sang; le plasma ne sert qu'à remettre en circulation le sang restant dans l'organisme.

M. R. Monod insiste sur la nécessité du réchauffement des blessés et montre comment est conçue l'organisation actuelle des centres de réanimation.

Grands accidents d'hypoglycémie. Ablation d'un gros adénome de la queue du pancréas. Guérison avec retour à la normale de la glycémie. — MM. Brocq et Garcin soulignent que cette malade a présenté tous les accidents actuellement connus de l'hypoglycémie.

M. Sicard a pratiqué une pancréatectomie partielle chez un malade présentant du coma hypoglycémie; pas de tumeur histologique. Excellent résultat clinique.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 décembre 1944

Rapport annuel. — M. J. Huber donne lecture du rapport annuel et des notices nécrologiques de MM. Comte, Michel, Macaigne, Monier-Vinard, Jacquet, Achard et P. Lereboullet, décédés au cours de l'année.

Election du bureau. — M. Clovis Vincent devient président et M. Halbron vice-président. Secrétaire général : M. J. Huber.

Election de membres correspondants. — Sont nommés : M. Olmer (Marseille) et M. Izon-Bennett (Londres).

Séance du 12 janvier 1945

Artérite oblitérante pluriviscérale avec syndrome fébrile chez un syphilitique traité. — MM. Fiessinger, Leroux, Messimy et Goury-Laffont. — Observation d'un sujet ayant présenté pendant des mois un syndrome fébrile avec ictère et gros foie. Une laparotomie montra l'intégrité des voies biliaires. L'étude anatomique fit découvrir une endartérite oblitérante avec foyers nécrotiques. La cause demeure inconnue. Les hémocultures restèrent négatives.

Méningite à bacille pyocyanique. Traitement par la méthyldiazine. Guérison. — MM. Decourt, Soullard, Chateau. — La méningite apparut après une laparotomie pratiquée pour un volvulus du colon pelvien. La guérison fut obtenue avec une dose totale de 202 gr. de méthyldiazine. A souligner l'absence de diminution notable du glucose et des chlorures dans le liquide céphalo-rachidien.

L'épreuve de la restriction des liquides dans le diabète insipide. — M. Julien-Marie. — L'auteur avec M. Debré distingue deux groupes de malades. Les uns présentent malgré la restriction des liquides une polyurie importante, les autres présentent un syndrome polyuridipsique organique se comportant différemment : la suppression des boissons détermine la suppression de la polyurie. Il faut réserver le terme de potomanie aux simulateurs et aux buveurs volontaires.

Une méningite tuberculeuse guérie depuis deux ans. — MM. Bertrand-Fontaine et Pauvert. — Présentation d'une jeune malade atteinte depuis deux ans d'un syndrome méningé fruste cliniquement mais avec ponction lombaire riche en lymphocites et montrant à l'inoculation des bacilles de Koch. Grande dissociation entre le syndrome clinique et l'évolution humorale. Comme séquelle subsiste une céphalgie tenace.

MM. Poumailloux et Decourt citent des exemples de rechute tardive de méningite tuberculeuse considérées comme guéries.

Maladie de Schuller-Christian avec diabète insipide vrai. Guérison des lacunes osseuses. — MM. Clément, Godlewski et Hartmann. — Syndrome typique chez un enfant de 6 ans. Les lacunes osseuses frontales, pariétales et des maxillaires ont disparu sous l'influence de la Rœntgenthérapie et en moins de 3 mois. L'enfant a grandi de 10 cm. en 18 mois.

Séance du 19 janvier 1945

Scorbut et vitamine P. — MM. Donzelot, Bardin, Gœlmiche et Senecal rapportent le cas d'une femme mal nourrie qui présenta un scorbut grave. La saturation par l'acide ascorbique resta sans effet; l'adjonction de la vitamine P (épicatéchine) guérit complètement et très rapidement la malade.

Phénomènes de shock après injection intra-veineuse de gluconate de calcium. — MM. Halbron et Pestel rapportent une observation de shock après injection intra-veineuse de la préparation de calcium. L'intensité de la réaction thermique, les troubles digestifs, hématémèse et mœlena paraissent intéressants à retenir. Les phénomènes d'intolérance au calcium sont fréquents et méritent d'être pris en considération.

A propos d'un cas de diabète insipide post-traumatique chez un syphilitique. — M. Poumeau-Delille.

Influence de la restriction des boissons sur la polyurie insipide. — M. Kourilsky, Mlle Corre et M. Mignot ont étudié chez les malades, au cours de 18 épreuves de restriction des boissons, le comportement de la polyurie pendant et après l'épreuve de restriction. Il y aurait deux variétés de diabète insipide : 1° celle dans laquelle polydipsie et polyurie sont difficiles à réduire (ce sont les cas les plus rares); 2° celle dans laquelle la polyurie s'aligne sur la restriction des boissons sans qu'apparaissent de signes cliniques notables pendant la restriction (c'est la majorité). Entre les deux existent des faits de transition dans lesquels la polydipsie est facilement réductible.

Rapports de la polyurie et de la polydipsie dans le diabète insipide. — M. P. Kourilsky, Mme S. Kourilsky et Mlle Corre tirent de leur étude sur les malades atteints de diabète insipide des conclusions nouvelles concernant la polyurie et la polydipsie. Pour eux, polyurie et polydipsie, loin d'être des symptômes indissolublement liés, apparaissent de plus en plus comme la répercussion sur deux grands appareils régulateurs du métabolisme de l'eau d'une même lésion centrale; il paraît exister entre les deux régulations des lésions physiologiques étroites qui doivent être recherchées dans un métabolisme intermédiaire.

Séance du 26 janvier 1945

Compression médiastinale due à un goitre intra-thoracique annulaire. Thyroïdectomie d'urgence. Guérison. — MM. Fiessinger, Welti, Dupuy et Castaigne. — Malade de 51 ans présentant les signes cliniques de la compression de la veine cave supérieure. Son état d'asphyxie exigea une opération d'urgence qui permit de retirer un goitre thoracique annulaire. Guérison totale. L'examen histologique démontra l'existence d'un goitre banal sans lésion maligne. Il s'agissait d'une épilepsie ancienne sans rapport avec le goitre compressif.

Un cas de bolutisme avec hypotension orthostatique passagère. — MM. Coumel, Colas et Robion. — Observation d'un malade chez qui une hypotension orthostatique a évolué parallèlement aux signes d'une intoxication botulinique. Les auteurs insistent sur les symptômes non signalés dans le botulisme et signalent l'importance de ce fait dans la localisation des symptômes d'hypotension orthostatique.

Accidents du traitement de l'épilepsie par le diphényl-hydantoïne, la gingivite hyperplasique et le syndrome vestibulaire central. — MM. Delay, Maillard, Soulairac et Boitelle. — Epileptique de 17 ans atteinte de crises convulsives et d'états crépusculaires prolongés bien influencés par l'électro-choc. Au cours du traitement par la diphényl-hydantoïne apparurent une gingivite hyperslasique et des troubles de l'équilibration. Les auteurs signalent la disparition des crises convulsives dès qu'apparaissent les signes d'intoxication et préconisent l'abjonction d'acide ascorbique aux hydantoïnes dans le traitement de l'épilepsie.

Périartérite noueuse. — M. Cathala signale un cas observé chez un enfant de 14 ans et souligne le polymorphisme de cette affection.

Epithélioma malpighien du poumon avec pleurésie hémorrhagique. — MM. Nicaud, Lafitte et Périer. — Un malade de 45 ans présente des accidents pleuro-pulmonaires de la base droite d'allure aiguë. Une ponction exploratrice révèle une pleurésie hémorrhagique. A l'autopsie : épithélioma malpighien du poumon à tendance cavitaire. L'incident pleuro-pulmonaire s'était déjà greffé sur un épithélioma et rapidement apparut une pleurésie hémorrhagique. L'auteur signale la fréquence des cancers malpighiens du poumon et la difficulté de leur diagnostic précoce.

Pleurésie enkystée de la base d'aspect pseudo-tumoral. — MM. Nicaud, Lafitte, Monod et Périer. — Femme de 51 ans, après un accident pleuro-pulmonaire aigu, a présenté à l'examen radiographique une masse basale arrondie à droite de l'ombre cardiaque. Cette masse était bien tolérée et a été une découverte radiologique. Le diagnostic est demeuré incertain jusqu'à la ponction sous écran qui a ramené un liquide peu abondant, contenant des hématies et quelques cellules endothéliales.

Le Professeur BARRIER (d'Alfort)

Ancien président
de l'Académie de Médecine
(1853-1945)

Gustave, Joseph, Victor Barrier, qui vient de mourir à l'âge de 92 ans, était né à Baume-les-Dames, dans le Doubs, le 25 mars 1853. Il appartenait à une famille qui a fourni de nombreux membres de l'art vétérinaire. Il était, en effet, fils, frère, gendre, neveu, oncle et cousin de vétérinaires. Ses travaux scientifiques, ses longues années d'enseignement lui ont valu une place importante dans sa profession, mais les médecins ne doivent oublier ni ses travaux de physiologie et d'hématologie, travaux très estimés qu'il poursuivit à Saint-Antoine avec le professeur Hayem, ni ses recherches sur la tuberculose.

La plus grande partie de la vie scientifique de Barrier s'est passée à l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort. De 1875 à 1879, il est chef de service d'anatomie et physiologie. En 1879, il devient professeur d'histoire naturelle à l'Ecole vétérinaire de Toulouse. Il revient à Alfort comme professeur d'anatomie et d'histologie. Les habitants d'Alfort l'appellent aux fonctions de conseiller municipal, en 1887, puis il est élu conseiller général de la Seine. Le département, ainsi que la ville de Paris, bénéficient de ses sages avis. Il a été encore membre du bureau de la Société nationale d'agriculture, président d'honneur de l'Association des anciens élèves d'Alfort, membre du bureau de l'Association centrale des vétérinaires de France.

Les travaux de Barrier sont extrêmement nombreux. Outre les publications d'ordre médical que nous rappellions plus haut, Barrier est l'auteur de travaux importants d'ordre vétérinaire. Ce sont des travaux de pathologie externe et d'anatomie pathologique ; des travaux d'hippologie : anatomie, physiologie, pathologie, anatomie pathologique, dressage, élevage et croisements. Il faut signaler, à part, une étude des allures du cheval normal et pathologique par un appareil portatif applicable à l'enregistrement des allures du cheval par des transmissions électriques. Barrier a encore consacré des travaux d'hygiène importants, notamment une étude des eaux d'égout de Paris et de sa banlieue. On lui doit aussi des travaux d'épidémiologie et d'épizootie estimés.

Barrier appartenait à l'Académie de Médecine depuis 1903, dans la section vétérinaire ; il en fut le président en 1925.

En 1899, il avait présidé la Société de biologie. Il était commandeur de la Légion d'honneur et du Mérite agricole.

Malgré son grand âge, Barrier assistait régulièrement aux séances de l'Académie. Ses interventions étaient très écoutées, car il ne comptait parmi ses confrères que des amis et des admirateurs. Par sa courtoisie sans égale et par sa grande bienveillance, il avait gagné en effet, depuis bien longtemps, l'affectueux respect de tous. Il sera unanimement regretté.

F. L. S.

LIVRES NOUVEAUX

Précis d'endocrinologie clinique, par L. Langeron, professeur de clinique médicale à la Faculté libre de Lille. Un volume in-8° de 628 pages avec 47 figures dans le texte et 5 radios hors-texte, 280 fr. G. Doin et Cie, éditeurs, Paris, 1945.

De toutes les branches de la médecine, l'endocrinologie est bien certainement celle qui a subi le plus de changements dans ces vingt dernières années, et le rythme des acquisitions dont elle a bénéficié a souvent été tel qu'on avait quelque peine à le suivre. Il était donc désirable que fut faite, du point de vue de la pratique clinique, une mise au point de ces progrès dont la masse médicale pouvait difficilement prendre connaissance. Peut-être, la période actuelle, avec son ralentissement forcé dans les recherches et surtout dans les échanges scientifiques, constituait-elle une occasion favorable pour une telle tentative.

C'est ce qu'a fait l'auteur en s'efforçant de présenter, comme il le dit, un tableau aussi exact et complet que possible de l'endocrinologie actuelle, vue au point de vue clinique exclusivement. Tout en indiquant en effet que l'endocrinologie déborde la clinique et que pour en prendre une connaissance complète il faut faire appel au laboratoire et à d'autres investigations, l'auteur s'est volontairement borné au seul point de vue de la pratique médicale humaine. On n'y trouvera donc aucune formule rébarbative, aucun développement étranger à la clinique et les données expérimentales ne sont rappelées que dans la mesure où elles sont nécessaires pour comprendre la physiologie ou la pathologie humaines.

Après un préambule comportant quelques notions générales sur les sécrétions internes, les hormones et le système neurovégétatif, dans leurs conceptions d'ensemble et leurs moyens d'exploration, l'auteur passe en revue la pathologie de chaque glande ; après un rappel d'anatomie et de physiologie, spécialement des notions sur les hormones correspondantes, il décrit les syndromes cliniques, en insistant surtout sur les notions récentes et sur leur thérapeutique, en passant plus rapidement sur les données classiques. Hypophyse, thyroïde, parathyroïde, thymus, épiphyse, pancréas interne, surrénale et glandes génitales sont successivement étudiées, ces dernières tout particulièrement, dont la physiologie et la pathologie se sont singulièrement enrichies ces dernières années. Puis, dans un chapitre d'ensemble, il revient sur les diverses fonctions organiques en indiquant la part respective de chaque glande dans chaque fonction et en montrant les renseignements endocriniens fournis par l'étude de ces fonctions. Une vue générale sur les procédés thérapeutiques endocriniens, opothérapie, physiothérapie et chirurgie, termine l'ouvrage. De nombreuses figures illustrent le texte.

Il est certain que ce travail permettra aux médecins, comme aux étudiants en médecine, d'être fixés sur l'état actuel d'une spécialité médicale qui ne se borne pas, comme dit l'auteur, à cataloguer soigneusement quelques cas plus ou moins curieux et rares, mais qui intervient constamment dans la pratique, chaque fonction dépendant des glandes endocrines pour une part plus ou moins importante, mais constante, et les renseignements d'ordre endocrinologique pouvant conduire à des indications thérapeutiques, parfois décisives, parfois seulement adjuvantes, mais toujours utiles au malade.

La pratique des médications cardio-vasculaires, par M. Audier, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Marseille. Un volume in-8° de 254 pages, avec figures, 120 fr. G. Doin et Cie, éditeurs, Paris, 1945.

Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe) Dépôt légal. — 1945. — 1er Trimestre. — N° 1. — Le Gérant : F. Le Sourd

N° 6. — 15 MARS 1945 118e ANNEE Ce numéro : 4 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 100 fr. Etudiants, 50 fr.; Etranger, 150 et 180 fr.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER
116, boulevard Raspail, PARIS (6e)
Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de Médecine de Paris

Sous les auspices du « British Council », le professeur GARROD, de Londres, fera à Paris trois leçons selon le programme suivant :

1° Lundi 12 mars, à 20 h. 30, à l'amphithéâtre Richelieu, à la Sorbonne : « Bactériologie et chimiothérapie dans la médecine britannique depuis 1939 » ; 2° Mercredi 14 mars, à 18 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté de Médecine : « Les bases théoriques des développements récents de la bactériologie et de la chimiothérapie » ; 3° Vendredi 16 mars, à 18 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté de Médecine : « L'utilisation pratique des nouveaux moyens bactériologiques et chimiothérapiques ».

Les conférences seront faites en français.

Dispense de soutenance de thèse en faveur de certains candidats. — Le « Journal Officiel » du 9 mars 1945 publie le décret du 7 mars, dispensant de la soutenance de thèse les étudiants de toutes les disciplines appelés ou rappelés sous les drapeaux ou engagés.

Quatre exemplaires dactylographiés de la thèse seront déposés ou secrétariat de la Faculté. Au terme d'un délai de trois mois après ce dépôt, si les candidats sont, en raison de leurs obligations militaires, dans l'impossibilité, dûment certifiée, de se rendre à la soutenance, le jury se réunira et pourra, après délibération, leur conférer le grade de docteur.

Pour les thèses déjà déposées, ce délai courra de la date du présent décret.

Lorsque les candidats reçus docteurs dans les conditions ci-dessus désireront obtenir une mention ou postuler pour un emploi dans l'enseignement supérieur, ils devront subir l'épreuve de la soutenance dans le délai de six mois qui suivra leur démobilisation.

Facultés de province

Sont nommés assesseurs du doyen :
Bordeaux, M. Labat.
Marseille, M. Roche.
Montpellier, M. Jeanbrau.

Marseille. — La chaire de bactériologie de la Faculté de Médecine de Marseille (dernier titulaire M. Rouslacroix, décédé), est déclarée vacante.

(J. O., 3 mars 1945.)

Ecoles de Médecine

Angers. — M. Denechau est maintenu dans les fonctions de directeur jusqu'à la fin de l'année scolaire 1944-1945.

M. Lafargue, professeur suppléant, est chargé, en l'absence du titulaire, à titre provisoire et au plus tard jusqu'à la fin de l'année scolaire 1944-1945, de la chaire de chimie biologique et analytique.

Caen. — M. Rousselot est nommé, à compter du 1er janvier 1945, professeur titulaire de la chaire d'histologie (poste vacant).

M. Villey est nommé professeur titulaire de la chaire de physiologie, en remplacement de M. Desbouis, retraité.

Clermont-Ferrand. — M. Grimault, professeur suppléant de pathologie et clinique chirurgicale, est nommé, à compter du 1er janvier 1945, professeur titulaire de la chaire de médecine opératoire, en remplacement de M. Bureau, transféré.

Dijon. — M. Dubard, prof. supp. de pathologie et clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Dijon, est nommé à dater du 1er janvier 1944 professeur titulaire de la chaire de pathologie externe.

Santé publique

Nouveaux centres de traitement de la pénicilline

Clermont-Ferrand. — Clinique médicale du professeur Merle, Hôtel-Dieu : M. le professeur Jean Terrasse.

Montpellier. — Clinique Saint-Eloi, avenue du Professeur-Grasset : M. le professeur G. Giraud.

Nancy. — Clinique médicale, Hôpital Central : M. le professeur Abel.

Conseil supérieur des médecins. — Le bureau est ainsi constitué : Président : Dr Coutela (Paris) ; Vice-président : Professeur Rohmer (Strasbourg) ; Dr Lefrançois (Le Havre) ; Secrétaire général : Dr A. Plichet (Paris) ; Trésorier : Dr Duvelleroy (Saint-Denis).

Service de Santé Militaire

Pour répondre à différentes questions, le directeur du Service de Santé Militaire de la région de Paris précise que peuvent être rappelés à l'activité et recevoir une affectation aux armées ou dans les formations du territoire :

1° Les médecins, pharmaciens et dentistes de réserve ;

2° Ceux qui ont été rayés des cadres pour limite d'âge, peuvent contracter un engagement pour la durée de la guerre, sous réserve de ne pas avoir dépassé de plus d'un an cette limite d'âge, c'est-à-dire : colonels, 61 ans ; lieutenants-colonels, 59 ans ; commandants, 57 ans ; capitaines, 55 ans ;

3° Enfin ceux qui accepteraient, sans abandonner leurs occupations, de donner quelques heures par jour ou par semaine à l'armée peuvent, tout en restant civils, signer une convention avec le S. S. M. pour un emploi déterminé.

Cette convention ne préjuge pas des mesures de mobilisation qui pourraient les toucher ultérieurement.

Pour tous renseignements, s'adresser à la direction du Service de Santé Militaire de la région de Paris, 28, avenue de Friedland, bureau du personnel officier, Paris-8e. Tél. Wagram 84-40.

Citations à l'ordre de l'armée

M. Bousquet (Jean), médecin-lieutenant au Ne R. T. A.

M. Pialoux (Roger), médecin auxiliaire au Ne dragons, croix de guerre avec palme.

(J. O., 25 février 1945.)

Médailles de la famille française dans le corps médical

L'Association Médecine et Famille, Association des médecins amis de la famille et des familles nombreuses médicales (28, place Saint-Georges, Paris-9e), serait heureuse de connaître rapidement toutes les familles médicales qui déposèrent en 1944 et 1945 un dossier en vue de la médaille de la famille française ou qui ont reçu cette médaille depuis 1944.

(Suite des informations, p. 94.)

L'UNION DE LA PRESSE MEDICALE FRANÇAISE

Devant les difficultés actuelles, la presse médicale française s'est constituée en trois syndicats, pour la défense de ses intérêts, ce sont :

1° **Le Syndicat des directeurs de journaux médicaux français** avec le bureau suivant : président : Prof. N. Fiessinger ; vice-présidents : Prof. Justin-Besançon ; Prof. Hamant (Nancy) ; secrétaire général : Dr Lassablière ; secrétaire général adjoint : Dr Rouèche ; trésorier : Dr Bonnet-Roy.

2° **Le Syndicat des journaux médicaux français** avec le bureau suivant : président : Dr F. Le Sourd ; vice-présidents : Prof. Cassoute (Marseille) ; Dr Doin ; secrétaires généraux : M. Dupin de Lacoste ; M. Jean Mignon ; trésorier : Dr Roux-Dessarps.

3° **Le Syndicat de la publicité** avec le bureau suivant : président : M. Thiollier ; secrétaire général : M. Batard ; trésorier : Dr Roux-Dessarps.

Ces trois syndicats se sont réunis pour former :

L'Union de la presse médicale française dont le bureau est ainsi composé :

Comité d'honneur :

Président : Prof. Lœper.

Membres : Prof. Roussy, recteur de l'Académie de Paris ; Prof. Baudouin, doyen de la Faculté de Médecine ; Professeur Justin-Besançon, président de la Croix-Rouge française ; Dr Cavaillon, secrétaire général du Ministère de la Santé publique ; Dr Duhamel, secrétaire perpétuel de l'Académie Française.

Bureau :

Président : Prof. Fiessinger ; vice-présidents : Drs F. Le Sourd, Doin ; secrétaire général : Dr P. Lassablière ; secrétaires généraux adjoints : MM. Dupin de Lacoste, Mignon ; trésorier : MM. Roux-Dessarps ; Bonnet-Roy.

Ainsi constitués, ces syndicats vont permettre à la presse médicale française de remplir sa mission, c'est-à-dire :

1° De diffuser auprès des praticiens français les progrès incessants de la médecine ;

2° De défendre les intérêts moraux et professionnels des médecins français ;

3° De répandre à l'étranger, les idées et le prestige de la science médicale française.

A une époque tragique de notre histoire où plus que jamais toutes les énergies nationales doivent contribuer au relèvement de la patrie, il est indispensable que la presse médicale française, fidèle à son passé, puisse continuer à rayonner dans tout l'univers et à contribuer ainsi à la grandeur de la France.

INTERETS PROFESSIONNELS

Le projet d'ordonnance sur les Assurances Sociales

Le projet d'ordonnance préparé par M. le Ministre du Travail sur les Assurances Sociales, a soulevé depuis quelques semaines de vives protestations dans le corps médical. Nous en avons donné quelques échos.

Une réunion très importante a eu lieu le 18 février à la Maison de la Chimie, sous la présidence du professeur Balthazard. Deux mille confrères y assistaient. La vivacité de la discussion, parfois assez confuse, a permis de constater l'émotion causée dans le corps médical par ce projet qui va à l'encontre des principes toujours et unanimement défendus. En conclusion, l'Assemblée a fait confiance à MM. Balthazard, Cibrie et Lafay, pour défendre les intérêts de la profession auprès de M. le Ministre du Travail.

Lettre adressée à MM. les Ministres de la Santé Publique et du Travail

Paris, le 28 février 1945.

MONSIEUR LE MINISTRE,

Nous avons été chargés de vous transmettre l'émotion du corps médical de la région parisienne, au sujet du projet d'ordonnance portant modification de la loi de 1930-35 sur les Assurances sociales.

L'indisposition de M. le Ministre du Travail ne lui a pas permis de nous recevoir, et nous n'avons pu joindre M. le Directeur général des Assurances sociales, en raison de son départ à l'étranger.

C'est pourquoi nous vous transmettons brièvement par écrit les observations faites par une Assemblée réunissant plus de 2.000 médecins de la région parisienne.

Les médecins estiment d'abord que le bouleversement profond apporté dans l'exercice de la médecine française par la suppression de l'entente directe en assurance sociale, aurait dû être discutée avec les représentants élus des médecins dans les organisations syndicales reconstituées.

Les syndicats médicaux avaient voté la collaboration loyale, compte tenu de ce que les quatre principes essentiels de la Charte du corps médical français étaient inscrits dans le texte de loi.

Ce sont :

Le libre choix du médecin par le malade;
Le respect du secret professionnel ;
L'entente directe pour les honoraires ;
La liberté de prescription (sauf abus).

Or, l'ordonnance prévue supprime, par décision unilatérale, un de ces principes : l'entente directe.

Le corps médical proteste donc énergiquement sur le fait que toute augmentation de ses tarifs d'honoraires seront dorénavant soumis à une triple homologation de trois ministères, ce qui supprime un des caractères essentiels de la profession libérale.

D'autre part, le corps médical fait observer que, comme le reconnaît M. le Directeur général des Assurances sociales, 85 % des médecins demandent aux assurés sociaux les honoraires minima. Sur les 15 % restant, il faut bien admettre que pour 10 % au moins, les dépassements observés peuvent être justifiés par une des raisons énoncées dans le projet d'ordonnance. Ce serait donc pour l'infime proportion de 5 % qu'on bouleverserait les conditions d'exercice de la médecine en France, alors que le corps médical propose de faire lui-même la police des abus possibles, par la juridiction de l'Ordre, et que d'autre part les preuves de générosité données encore récemment par les médecins ne semblent pas justifier un traitement de défaveur. Nous rappelons à ce sujet que les médecins ont accepté depuis quatre ans de soigner les familles de prisonniers ou travailleurs déportés au tarif de responsabilité des caisses, dont on sait le chiffre anormalement bas actuellement.

Nous vous demandons donc à nouveau, M. le Ministre, de rechercher une formule supprimant l'homologation ; un tarif ainsi fixé deviendra vite, en effet, comme en matière de loi des pensions exagérément bas, et aboutira inéluctablement à une médecine rapide, donc de mauvaise qualité pour les assurés sociaux, ce qui est évidemment contraire à la volonté du législateur, au bon équilibre social, et à l'intérêt supérieur de la santé publique.

D'autres conséquences seraient fatales que nous pourrions aussi énumérer.

Nous insistons sur l'unanimité des protestations émanant de ceux des médecins qui ont pu être informés, et en vous traduisant leur émotion, nous voulons être assurés que vous accepterez de reconsidérer cette question.

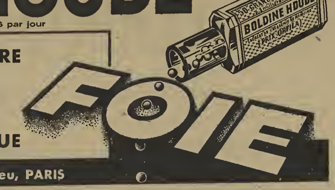
Nous vous prions de croire, Monsieur le Ministre, à nos sentiments de haute considération.

Signé :
Prof. BALTHAZARD, Dr LAFAY, Dr CIBRIE.

(Suite des Int. prof., p. 94.)



ICTÈRE - LITHIASE BILIAIRE
CONGESTION DU FOIE
COLIQUES HÉPATIQUES
HYPERTROPHIE DU FOIE
INSUFFISANCE HÉPATIQUE



Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS





PRENEZ
PLUTOT
un comprimé de

GRIPPE • CORYZA
ALGIES • ASTHÉNIES

CORYDRANE

ACÉTYL · SALICYLATE DE NORÉPHÉDRANE

l'aspirine qui remonte

SOCIÉTÉ D'APPLICATIONS
PHARMACODYNAMIQUES
39, Bd de La Tour Maubourg, PARIS
Z.N.O. : PONTGIBAUD (PUY-DE-DOME)

REVUE GENERALE

L'OSTEOMYELITE AIGUE DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR CHEZ LE NOURRISSON (1)

Par M. L. Fabre

Chef de clinique de la Faculté de Médecine de Montpellier.

La richesse de son irrigation explique la résistance à l'infection de l'os maxillaire supérieur. Cependant, chez le nourrisson, certains facteurs anatomiques, principalement le processus de la dentition, font que l'infection ostéomyélitique s'y localise avec une relative fréquence.

Quelques notions embryologiques sont indispensables pour comprendre le mécanisme, les aspects cliniques et le traitement de cette localisation spéciale.

Embryologie élémentaire de l'os maxillaire supérieur

Chez le nouveau-né après la soudure des cinq points d'ossification, c'est un os court, large et spongieux; de structure compacte, de consistance friable, il est très richement vascularisé. Sur sa face interne nasale, il présente une fente antéro-postérieure longue de 7 à 12 mm., large et profonde de 3 à 6 mm., c'est la fente sinusienne. La paroi inférieure et externe de ce cul-de-sac sinusien se loge entre l'orbite d'où partent les voies lacrymales et les germes dentaires; elle est située juste au-dessus de ce « grenier où s'entassent et se compriment les germes des futures dents temporaires et définitives » (Terracol).

Ultérieurement, la cavité sinusienne s'étend vers le bas et vers l'arrière. A six mois, elle atteint la première molaire; à deux ans, elle s'étend de la canine définitive à la deuxième molaire, qu'elle surplombe à quatre ans. Ces bourgeons dentaires sont très souvent en communication entre eux, les dents temporaires n'étant séparées de la cavité buccale que par la muqueuse gingivale, on comprend la possibilité des propagations. De six à quatorze ans évolue la denture permanente, et l'antre acquiert sa morphologie définitive. Entre six et sept ans « le sinus maxillaire conquiert son individualité anatomique et pathologique » (Terracol).

L'évolution dentaire rythme en quelque sorte la morphologie du sinus maxillaire et de l'os maxillaire supérieur.

Etiologie

C'est une affection relativement rare. En 1925, dans sa monographie, notre maître, le professeur Terracol, en colligeait une soixantaine de cas. En 1939, Grimaud, dans sa thèse, apporte sept cas nouveaux. Quelques observations sont éparses dans la littérature.

C'est une maladie exclusivement observée chez le nourrisson, aussi les circonstances étiologiques propres à cette période de la vie sont-elles primordiales.

Chez le nouveau-né l'accouchement intervient grandement. Les infections des voies génitales maternelles, l'infection amniotique par la rupture précoce de la poche des eaux sont à l'origine de contagions des cavités faciales du nouveau-né. Les manœuvres obstétricales par les traumatismes faciaux et buccaux qui en résultent ouvrent la porte à l'infection et amoindrissent les résistances locales.

Le facteur alimentaire est très important; une alimentation défectueuse rend l'organisme moins apte à se défendre. Un lait mal stérilisé, une mamelle infectée ont pu provoquer des infections maxillo-faciales.

Les maladies infectieuses de la pituitaire sont un point d'appel pour l'infection seconde.

L'éruption des premières dents joue un rôle favorisant par les phénomènes congestifs qu'elle entraîne et un rôle déterminant par les plaies gingivales qui ouvrent la voie à l'infection.

Les maladies héréditaires n'ont qu'une importance secondaire.

Les germes les plus fréquemment rencontrés sont le streptocoque hémolytique, le staphylocoque doré, le pneumocoque, c'est-à-dire les coccis électivement ostéomyélitiques. L'infection est fréquemment mono-microbienne dans les formes aiguës ; dans les formes chroniques, la flore est toujours polymicrobienne.

(1) Travail de la Clinique oto-rhino-laryngologique et maxillo-faciale de la Faculté de Médecine de Montpellier (Prof. J. Terracol).

Pathogénie

Ainsi que l'a démontré le professeur Terracol et selon l'expression de Collet, il s'agit non d'une sinusite mais d'une « ostéite ». L'atteinte du sinus dans le cours de l'évolution est accessoire.

Quatre voies d'infection sont possibles :

La voie buccale. Le traumatisme obstétrical (présentation de la face) ou l'éruption dentaire provoquent une plaie de la muqueuse gingivale et ouvrent la voie à l'infection. Celle-ci, partie de la bouche, atteint un germe dentaire, l'infiltre, le détruit. Ce germe, privé de vie, est repoussé au dehors (folliculite expulsive de Capdepont). L'os maxillaire supérieur, spongieux, bourré de follicules dentaires, est un milieu particulièrement favorable pour la suppuration et la nécrose.

La voie orbitaire. Suppuration conjonctivale et surtout la dacryocystite suppurée. La propagation est facilitée par les connexions vasculaires et les rapports de contiguïté entre les voies lacrymales et le plan osseux sous-jacent.

La voie nasale est secondaire. Un traumatisme facial grave chez le nourrisson atteint de rhinite purulente peut être le point de départ de l'atteinte osseuse.

La voie sanguine, métastatique, serait plus fréquente. La chambre des follicules dentaires est une zone hypervascularisée, c'est un véritable point d'appel pour un processus septicémique. Ce mécanisme intervient parfois, mais ne paraît pas avoir l'importance qu'on a voulu lui attribuer.

Anatomie pathologique

Les lésions, à leur vitesse d'évolution près, sont identiques à celles constatées sur les autres os.

Au stade congestif initial succède rapidement la suppuration, celle-ci diffuse et tend très précocement à s'extérioriser.

Les microbes et leurs toxines tuent les éléments cellulaires de l'os, d'où la formation de sequestres; habituellement lamellaire ils s'éliminent facilement (Broca); parfois au contraire il s'agit d'un volumineux sequestre dont l'élimination spontanée est impossible.

Les éléments figurés et leurs sécrétions excitent par contre l'ostéogénèse périostique, d'où l'apparition d'un os néoformé à morphologie variable défiant toute description. Cet os de nouvelle formation entoure les fragments sequestrés et empêche leur élimination spontanée (sequestres en grelot). Ce facteur est très important pour la thérapeutique et l'établissement du pronostic.

Clinique

Elle est caractérisée par la rapidité de l'évolution.

La phase du début est très diverse dans ses manifestations. Parfois le nourrisson présente brusquement des convulsions et un état général gravement atteint; d'autres fois ce sont des troubles digestifs ou de l'anorexie qui ouvrent la scène.

La phase d'état est caractérisée par la coexistence de signes locaux et de signes généraux.

1° *Les signes locaux :* Ils sont les plus importants.

Stade congestif : Le « gonflement » d'une hémi-face est souvent le premier symptôme. Il s'agit d'un œdème inflammatoire de la joue qui est rouge, luisante, chaude, douloureuse (Grimaud). Cette inflammation débute dans le quadrant supéro-interne de la face et intéresse l'angle palpébral.

La paupière inférieure est infiltrée, le chémosis très marqué empêche l'écartement des paupières. La tuméfaction gagne la fosse canine, le vestibule buccal, enfin toute l'hémi-face est envahie.

D'autres fois, le point de départ est sur le rebord alvéolaire, puis l'infiltration gagne l'aile du nez, comble le vestibule, envahit la lèvre supérieure et la fosse canine; vers la profondeur, le palais dur est également intéressé.

Stade de suppuration et de fistulisation. Rapidement apparaissent la suppuration et la fistulisation. L'infiltration se ramollit, la peau et les muqueuses sont envahies puis perforées, laissant sourdre le pus sous-jacent.

« Les collections se forment et se fistulisent en deux points électifs : le rebord alvéolaire et l'angle interne de l'œil. » D'autres localisations sont plus rares : fosse nasale, voûte palatine, région jugale.

Sur le rebord alvéolaire la fistulisation entraîne l'expulsion spontanée ou facilement provoquée d'un germe dentaire. Deux germes sont particulièrement exposés : celui de la canine et celui de la première prémolaire. Il s'agit d'une « dent inachevée, d'un capuchon à sommet effilé, à base dentelée ».

Dans la région de l'angle interne de l'œil, l'orifice fistuleux siège sur la partie interne du rebord orbitaire, parfois plus en arrière et en dedans vers l'os planum. Le trajet est étroit et son exploration permet d'établir qu'il communique avec une cavité alvéolaire vide, le follicule ayant été expulsé. « La fistulisation palatine se confond le plus souvent avec la fistulisation alvéolaire. » La fistulisation jugale est exceptionnelle.

Par contre, l'ouverture intra-nasale paraît plus fréquente; c'est à elle qu'est dû l'écoulement purulent par une narine qui s'observe quelquefois dès les premiers jours mais qui manque rarement en cours d'évolution.

2° Les *phénomènes généraux* sont d'intensité très variable. Dans la règle, après l'orage initial et après la fistulisation, tout rentre dans l'ordre; seuls subsistent des troubles digestifs discrets. « L'alimentation reste difficile parce que douloureuse. » Parfois les troubles généraux sont très marqués (forme septicémique); la forme toxique ou suraiguë est exceptionnelle.

L'évolution est fonction du drainage et de la thérapeutique adjuvante.

Le nourrisson a des besoins alimentaires importants; sa résistance est considérablement diminuée par la gêne à l'alimentation et les troubles digestifs consécutifs à la déglutition de pus. Les métastases à distance (forme septico-pyohémique) sont fréquentes.

Dans les cas à évolution ultérieure favorable, la récupération esthétique est bonne; la denture, par contre, est définitivement compromise, un certain nombre de follicules dentaires ayant été détruits et expulsés.

Diagnostic

Au début le diagnostic est difficile sinon impossible. Les manifestations orbitaires font penser à une dacryocystite, affection rare et d'évolution bénigne. L'ophtalmie du nouveau-né est facilement écartée. Une plaque d'érysipèle est nettement délimitée par un bourrelet; plus superficielle, elle s'étend graduellement, elle ne suppure pas.

Le scorbut peut, chez le nourrisson, entraîner une tuméfaction maxillaire et gingivale; l'anémie, les ecchymoses rendent la carence alimentaire évidente. « A ce stade il n'est pas question de faire un diagnostic d'ostéomyélite du maxillaire supérieur » (Grimaud).

A la phase d'état le diagnostic d'ostéite aiguë est manifeste. Seule la gomme syphilitique du palais peut prêter à confusion; l'absence de phénomènes généraux et l'existence d'autres manifestations de la spécificité permettent de l'écarter.

Pronostic

Grave dans son ensemble, le pronostic paraît cependant s'améliorer. François, en 1914, reconnaissait une mortalité de 50 p. 100. Le professeur Terracol, en 1925, conclut à des chiffres oscillant entre 30 et 50 p. 100. Les professeurs Collet et Mounier-Kuhn, en 1932, colligent 29 cas nouveaux et trouvent une mortalité de 20 p. 100 seulement.

La mort est surtout due aux formes septicémiques et septicopyohémiques qui étaient au-dessus des ressources thérapeutiques dont on disposait il y a dix ans. Les sulfamides, soit seuls, soit associés à l'iode mordant très bien sur les infections à coccis pyogènes, doivent améliorer encore les chiffres précédents, mais nous manquons encore de documents.

Traitement

La conception pathogénique de Collet et Mounier-Kuhn pour l'ostéomyélite maxillaire, celle de Leveuf pour l'ostéomyélite des os longs des membres tendent actuellement à s'imposer. Le foyer osseux ne serait qu'une localisation secondaire au cours d'une septicémie d'emblée, d'où l'importance primordiale du traitement général.

1° *Les méthodes thérapeutiques.*

Les traitements médicaux sont ou des adjuvants, ou des moyens anti-infectieux.

Avant l'âge de 5 mois, si l'enfant tète sa mère, il faut se garder de le sevrer. La tétée étant impossible on le nourrira à la cuillère avec le lait maternel. Si l'infection s'est produite lors de la période du sevrage, celui-ci devra être rigoureusement surveillé. Il faut assurer la désinfection intestinale et combattre les troubles digestifs.

Parmi les moyens anti-infectieux spécifiques : la sérothérapie, l'anatoxinothérapie et l'immuno-transfusion ont donné des résultats.

Les moyens anti-infectieux non spécifiques (transfusion de sang pur, méthode de choc) doivent céder le pas à la chimiothérapie par les dérivés sulfamidés. Si leur posologie, leur mode d'action et leurs indications sont actuellement connus, nous n'avons nulle part découvert qu'ils aient été mis en œuvre. Cependant les résultats obtenus dans d'autres localisations ostéomyélitiques sont encourageants.

Les méthodes chirurgicales ont pour but d'assurer le drainage, de pratiquer l'ablation des tissus nécrosés ou mortifiés, de mettre à plat le foyer. L'abord par le vestibule buccal est le procédé de choix : l'incision est déclive, donne un jour suffisant et ne laisse pas de cicatrices.

La technique en est simple. *Sans anesthésie* ou après anesthésie locale par infiltration (novocaïne à 1 p. 100), on incise jusqu'à l'os les parties molles du sillon vestibulo-jugal sur 3 ou 4 centimètres de longueur; cette incision « donne le plus souvent issue à du pus ou à de petits séquestres ». L'os est trépané à la curette qui ramène des fongosités. Les séquestres mobiles et les germes dentaires inclus dans le foyer seront extraits avec « prudence et légèreté de main ». Le bilan exact des lésions étant impossible à établir, on touchera les parois de la cavité avec du chlorure de zinc. Pas de sutures, le drainage est assuré par une petite mèche.

Il faut maintenir le libre écoulement des sécrétions et obtenir un comblement de la cavité de la profondeur vers la superficie; le processus de cicatrisation commence vers la deuxième semaine, la cavité est complètement comblée au bout de 3 à 5 mois.

Si la fistulisation spontanée existe déjà et que l'orifice soit déclive, il faut se contenter du minimum, mettre la poche à plat, enlever à la curette les fongosités et les séquestres. Le plus souvent la fistulisation n'assure pas un drainage correct et il y a rétention, le trajet fistuleux exploré mène directement sur les lésions, à la curette on enlève fongosités et séquestres, la poche est mise à plat, une contre-incision vestibulaire réalise un drainage déclive, l'évolution ultérieure devra être surveillée comme précédemment.

2° *Les indications.*

A la phase initiale, d'allure banale ou septicémique, le diagnostic est exceptionnellement posé et seuls sont de mise les traitements généraux et anti-infectieux.

A la période de suppuration fermée, les traitements médicaux ne sont que des adjuvants, il faut intervenir chirurgicalement. L'intervention doit être précoce et conduite avec prudence et rapidité.

Si la fistulisation s'est produite, il faut veiller à ce qu'elle soit suffisante et intervenir pour éviter la rétention. Nous avons vu au chapitre du pronostic quels étaient les résultats vitaux et esthétiques obtenus par cette manière de faire; peut-être les sulfamides augmenteront-ils encore le pourcentage des guérisons ? L'avenir le dira.

BIBLIOGRAPHIE

1925. — M. J. Terracol. — Rhinites et sinusites purulentes de l'enfance (*Monographies O. R. L. internationales*, n° 16).

1931. — M. J. Terracol. — Les grandes données anatomo-chirurgicales du sinus maxillaire (II° Congrès de la Soc. O. R. L. Latine. Catane, 1er rapport).

1933. — MM. J. Terracol, J. Galavielle et Cadilhac. — Ostéomyélite du maxillaire supérieur chez le nourrisson (Soc. des Sc. Méd. et Biol. de Montpellier, mai).

1939. — M. Grimaud. — L'ostéomyélite aiguë du maxillaire supérieur chez le nourrisson (Thèse, Lyon, n° 62).

1944. — M. B. Ivanès. — L'ostéomyélite du maxillaire supérieur du nourrisson (Thèse, Montpellier).

ANALYSES

Aspects cliniques des métastases rachidiennes du cancer du sein. — René Huguenin, Jean Roujeau et Jacqueline Roujeau (*Revue Médicale Française*, juillet 1944, page 99).

Ce très intéressant travail est basé sur les observations de 118 malades de l'Institut du Cancer.

Les auteurs distinguent quatre types cliniques principaux. Ce sont, par ordre décroissant de fréquence :

1° le *syndrome dorso-lombaire* (42 observations) dans lequel les altérations des mouvements actifs et passifs (limitation de la flexion des cuisses, difficulté de se lever d'un fauteuil, impossibilité de se chausser étant sur un pied, etc.) constituent les signes capitaux. Contrairement à l'opinion classique, *on ne trouve chez ces malades aucun signe neurologique.* La douleur est purement *osseuse*, au moins tant que la métastase reste osseuse;

2° le *syndrome pelvi-trochantérien* (32 observations) se caractérise par des douleurs à type de névralgie sciatique, obturatrice, persistante et d'ordinaire unilatérale, limitation de l'abduction de la cuisse, claudication. Le toucher vaginal révèle une « douleur exquise » au niveau d'une branche ischio-pubienne, siège ordinaire de la métastase; plus rarement la lésion du fond du cotyle est révélée par le toucher rectal;

3° le *syndrome dorsal* (24 observations) après un traumatisme apparaissent des douleurs en ceinture, bilatérales, avec rigidité segmentaire du tronc;

4° le *syndrome cervical* (11 observations) qui réalise la symptomatologie du mal de Pott sous-occipital. Mais l'examen montre peu de symptômes. Aucun signe neurologique.

Améliorables par le repos et la radiothérapie ces malades reviennent plus ou moins tard avec une rechute locale, une nouvelle métastase osseuse ou viscérale (poumon, foie, etc.). Les auteurs insistent sur l'intérêt qu'il y a à faire le diagnostic précoce de ces types cliniques de métastases.

M. L.

Rœntgenthérapie par rayons X de moyenne pénétration
(Une seule séance, sans filtre)
des cancers de la lèvre inférieure et de leurs ganglions

Par M. J. Coste (de Lyon)

Le traitement du cancer des lèvres surtout et de leurs ganglions a subi et subit encore de grosses fluctuations en rapport avec les tendances des divers auteurs. Les uns sont partisans de l'intervention sanglante, d'autres de l'électro-coagulation, d'autres, enfin, du radium ou de la rœntgenthérapie. En ce qui concerne le cancer des lèvres lui-même, nous donnons, pour notre part, la préférence à cette dernière parce que, de toutes les techniques, celle-ci est la plus simple, non douloureuse, et nous fournissant un résultat positif de guérisons, exemptes, en principe, de toute récidive.

On connaît les succès du traitement des cancers cutanés par une technique analogue; or, nous avons l'habitude de dire que les cancers des lèvres (ganglions exceptés) nous paraissent plus faciles à guérir que les néoplasmes cutanés.

Avant de décrire la manière que nous utilisons pour le traitement de ces cancers, nous allons esquisser leur histoire étiologique, anatomo-pathologique et clinique.

Etiologiquement, ces néoplasies malignes siègent sur les deux lèvres, mais alors que les tumeurs de la lèvre *supérieure* sont très rares, beaucoup plus fréquentes chez la femme, ce sont celles de la lèvre inférieure qui sont les vrais cancers des lèvres. C'est donc sur la lèvre *inférieure et chez l'homme* qu'il atteint toute sa virulence et sa gravité. Celle-ci tient à son extension locale (lèvre, bouche, menton, cou) et ganglionnaire (cervicale, carotidienne, ou ganglions plus lointains) bien plutôt qu'à sa généralisation pour ainsi dire inexistante.

L'âge est celui de tous les cancers. Plus fréquent entre 40 et 60 ans. On le voit dans la vieillesse et l'extrême vieillesse. L'usage du tabac fortement incriminé (cancer des fumeurs) n'est nullement démontré. Il est classique de faire observer que les vieilles Bretonnes fumant la pipe à court tuyau n'ont pas plus que les autres Françaises de cancer de la lèvre inférieure. La vie au grand air et au soleil, ainsi que la malpropreté individuelle sont observées fréquemment dans les observations. La syphilis et la leucoplasie (affection qui est en général considérée comme la conséquence de la première) sont admises comme causes favorisantes, surtout la dernière.

Les cicatrices irritées sont, comme l'a démontré en particulier A. Lumière, une puissante cause de dégénérescence épithéliomateuse.

Au point de vue *anatomo-pathologique*, le début peut se faire à la limite de la peau et de la muqueuse ou sur la muqueuse elle-même, beaucoup plus rarement (6 cas sur 150 dans nos observations). Ce sont d'ailleurs le plus souvent dans ce cas des cancers dus à une plaque de leucoplasie dégénérée.

Quant à leur forme *histologique*, toutes les variétés décrites dans la peau peuvent se rencontrer : baso-cellulaires, spino-cellulaires (les plus fréquentes), pagétoïdes même.

La *propagation* se fait de proche en proche dans les interstices de l'orbiculaire qu'ils envahissent. Les entrecroisements circulaires de ce muscle résistent longtemps, puis, enfin, ils se laissent envahir, et le cancer atteint alors la commissure et les faces externe et interne de la joue, la lèvre supérieure, la peau du menton.

Les *lympathiques* sont touchés fréquemment avant ces extensions locales, alors qu'on considérait autrefois l'envahissement de ceux-ci comme exceptionnel. Ce sont les lympathiques médians et les ganglions sous-mentonniers, ceux de la branche horizontale du maxillaire, de la chaîne carotidienne, superficiels et profonds, les ganglions sous-claviculaires et au delà.

La *glande sous-maxillaire* est aussi très fréquemment atteinte.

En somme ces cancers sont, à part leur extension ganglionnaire, très redoutables localement par leur envahissement progressif des tissus du voisinage. Ils se comportent en somme comme les néoplasmes cutanés qui, peu redoutables pour leur généralisation viscérale, sont très redoutables par les dégâts immédiats et du voisinage.

***

Comment, au point de vue *clinique*, se fait le début de la néoplasie ? Le plus souvent le malade déclare qu'il a eu un « *bouton* » qui, plus ou moins longtemps, est resté tel, quoique grossissant un peu, mais qui finalement a donné lieu à une ulcération.

D'autres fois, c'est une *hypertrophie papillaire* restant plus ou moins stationnaire ou une *masse verruqueuse* indurée, squameuse, indolente, devenant croûteuse, parfois même cornée, qui s'est écorchée à plusieurs reprises et s'ulcère peu à peu. Ce peut être encore une simple *fissure* que l'on prend au début pour une *simple gerçure*. Mais celle-ci présente peu à peu une induration.

On voit donc, comme au niveau de la peau, il y a de multiples aspects de début du cancer des lèvres. Il faut dire et répéter aux malades que toute lésion anormale qui dure plus de un ou deux mois, même sans gros changements, doit être vue et bien interprêtée par un médecin. Ici, comme dans tous les cancers, on évitera de graves mutilations. Quel succès on obtiendrait dans le traitement de *tous* les cancers si on pouvait voir la lésion à son début !

Quoiqu'il en soit du mode de début, lorsque les tissus voisins s'indurent peu à peu, il existe alors une *tumeur* dure, inégale, indolente en général, mais *prurigineuse* d'où grattage, le plus souvent augmentant le mal et amenant une *ulcération* plus ou moins rapide. Celle-ci est irrégulière, sinueuse, déchiquetée, à bords à pic, indurée. Du côté de la peau, longtemps le fond reste couvert de croûtes desséchées sous lesquelles se trouve du pus, des masses épidermiques, de la matière sébacée, du sang desséché. Lorsqu'on presse latéralement la tumeur ulcérée, il s'écoule des masses vermiculaires dénommées *vermiothes*, très précieuses pour le diagnostic.

On peut voir finalement l'ulcération prendre une forme *rongeante* ou au contraire se recouvrir de bourgeons saignants, *végétants*. Ces deux formes n'ont pas besoin d'une description plus ample.

La marche est alors inexorable. Au niveau des commissures, elle subit un temps d'arrêt, comme nous l'avons déjà dit, puis elle progresse peu à peu, atteint la peau du menton, de la joue, de la lèvre supérieure, s'étend de proche en proche jusqu'à la mort.

Mais, à côté de cette mort affreuse par extension du mal localement, il est une autre éventualité qui complique la marche de ces cancers, c'est *l'envahissement ganglionnaire*. Il est absolument nécessaire de palper, dans tout cancer des lèvres, la région sous-mentonnière médiane, les régions sous-maxillaires, la région carotidienne, car on trouvera, si la maladie a débuté depuis 7 à 8 mois, des *ganglions* indurés, durs, roulant sous le doigt s'ils sont mobiles, plus ou moins adhérents par la suite, parfois suppurés; cet examen ne doit jamais être *oublié*, car fréquents sont les cancers des lèvres qui présentent de semblables complications qui aggravent d'autant le pronostic de l'affection et nécessitent un traitement particulier.

***

Quant au *diagnostic*, une question importe. S'agit-il d'un néoplasme malin ? Car la variété histologique, dont on faisait état autrefois, importe peu. Toutes les différentes formes sont aussi sensibles à la rœntgenthérapie, comprise comme nous la faisons nous-mêmes.

La forme *fissuraire* pourra donner cause à erreur; il sera parfois utile de suivre l'évolution du mal avant de se prononcer.

L'ulcération ne sera pas confondue avec :

a) celle d'un *sarcome;* celui-ci, rare à la lèvre, est de consistance plus molle, se développe lentement. Ce ne serait pas d'ailleurs pour le traitement une erreur grossière. La radiothérapie le guérirait aussi bien;

b) celle d'une lésion *tuberculeuse :* lupus ou ulcère tuberculeux. Le premier sera plus serpigineux, présentera, en outre, des points cicatrisés. Le second pourra assez fréquemment être confondu. Mais les ulcérations tuberculeuses sont très rares à la lèvre et le traitement en ferait faire le diagnostic, car la tuberculose guérirait probablement avec l'irradiation, mais cette guérison serait beaucoup plus longue à être obtenue et sa marche ne serait pas régulière comme dans le cas du cancer;

c) celle due à une *syphilis*. C'est là le vrai diagnostic à faire.

Le *chancre* ne présentera jamais de *vermiothes*. L'induration secondaire aura suivi l'ulcération au lieu de la précéder. Elle sera plus élastique. Enfin, les accidents secondaires apparaîtront et feront le diagnostic si la recherche du parasite n'a pas été faite. Les ganglions seront beaucoup plus précoces.

Ce pourra être aussi une *lésion mixte*, syphilitique et néoplasique. Dans tous les cas, s'il y avait erreur, la rœntgenthérapie permettrait 3 à 4 semaines après de faire le diagnostic.

Des lésions tuberculeuses le lupus ne sera pas influencé ou très peu s'il l'est, l'ulcération tuberculeuse guérira, mais la marche de la guérison, comme nous l'avons dit, ne serait pas la même que celle du cancer. Quant à la syphilis, l'irradiation n'aurait aucune influence et s'il existait une lésion mixte, le cancer guérirait parfaitement, la syphilis ne bougerait pas.

Il vaut mieux risquer le traitement que de faire faire une biopsie, celle-ci pourrait s'accompagner dans une quinzaine de jours de ganglions qui n'existaient pas auparavant, comme nous avons eu l'occasion de le voir à plusieurs reprises.

***

Comment faire la rœntgenthérapie ?

a) *Présentation de la région malade.*

Il est utile de bien présenter la région. Pour cela on confec-

tionnera un petit rouleau de coton que l'on fera d'après la dimension de la lèvre malade, et on le placera, en éversant la lèvre, entre elle et la gencive ou le maxillaire. De cette façon la lésion sera entièrement visible.

b) *Cache en plomb.*

Puis ceci fait on placera un cache en plomb perforé à la demande de la lésion et on aura soin de limiter une surface *beaucoup plus grande qu'elle;* c'est-à-dire que tout autour de la plaie ou de la tumeur, et sur 3 millimètres au moins, on laissera une partie qui ne sera pas cachée par le plomb.

c) *Mise en place du localisateur.*

On appliquera alors l'ampoule munie de son localisateur, le plus large dont on disposera. Ceci pour que, si le malade bouge un peu pendant l'irradiation, la tumeur soit constamment irradiée. Le localisateur touchera le plomb, ce qui correspond en principe à une distance anticathode-peau de 13 centimètres.

d) *Irradiation.*

Celle-ci sera faite, comme nous l'avons si souvent recommandé, de la façon suivante :

— feu nu, c'est-à-dire sans filtre;
— une seule séance;
— forte dose.

Nous n'avons pas besoin de discuter ici de l'inutilité du filtre. Nous l'avons démontrée dans la thèse de notre ami le docteur G. Girel, et dans le rapport que nous avons fait au « Congrès de Lyon pour l'avancement des Sciences », nous l'avons surtout démontrée pour tous les cas que nous avons traités, depuis 20 ans, à l'Antiquaille ou à notre cabinet, des cancers cutanés ou des lèvres.

Il en est de même de la *séance unique* que nous continuons à considérer comme la condition essentielle de toute thérapeutique antinéoplasique, cadrant au mieux avec les idées de *Regaud*, qu'il ne faut pas faire chevaucher une irradiation sur des lésions pouvant être en état de réparation.

Quant à la *forte dose*, il est indispensable de donner à une lésion une quantité de rayons de Rœntgen capable de stériliser toutes les cellules néoplasiques.

Cette dose est en général comprise entre 2.250 et 2.500 r., suivant que la tumeur est plus ou moins épaisse ou bourgeonnante.

e) *Soins ultérieurs.*

Pendant une quinzaine de jours on ne fera que protéger la lésion par une gaze qui sera fixée par la lèvre et le maxillaire d'un côté, et pendra librement en avant. Celle-ci sera humectée de solution physiologique (7,50 gr. de sel de cuisine pour un litre d'eau).

On recommandera au malade de ne pas traumatiser la plaie par des lavages quelconques, surtout pas de frictions avec alcool, teinture d'iode ou autres médicaments qui, irritant la région, détermineraient de la douleur, de la radiodermite et de ce fait la cicatrisation serait très retardée. Au bout du 13e ou 14e jour on associera à ce pansement des lavages au sérum artificiel faits avec un bock à douches vaginales et avec la canule à lavements ordinaires. Ces lavages ont pour but de déterger la plaie recouverte d'une croûte plus ou moins sanieuse emprisonnant une sécrétion purulente ou d'une fausse membrane couenneuse. Si les lavages sont régulièrement faits, tous les jours, la plaie sera très nette et se maintiendra telle pendant les 5 ou 6 semaines que réclamera la cicatrisation et la guérison du cancer.

Pour éviter le contact de la plaie avec les doigts ou les aliments, on mettra, par-dessus, la gaze humectée de sérum dont nous parlions il y a un instant.

Si la douleur est vive, on pourra faire quelques pulvérisations à la cocaïne ou à l'eau chloralée. S'il y a beaucoup de tissus morts, on pourra à la place de sérum physiologique utiliser la liqueur de Dakin.

En aucun cas il ne faut *traumatiser* la plaie. Ne rien faire, même si la plaie ne paraît pas belle. On aura la surprise de voir, dans *presque* tous les cas, pour ne pas dire tous (cancers vierges de traitement rœntgen ou radiothérapique), la lésion guérir, alors que non averti on aurait pû désespérer d'avoir un bon résultat. Il faut savoir attendre. Les traitements rœntgenthérapiques à une dose unique réclament au moins 5 semaines à 5 semaines 1/2 de traitement pour voir la cicatrisation. Il ne faut, en aucun cas, recommencer le traitement avant ce délai *minimum* qui ne pourra (dans les cas très rares où on n'a pas obtenu la guérison) être recommencé que 5 ou 6 mois après. Voilà une règle absolue que tous les rœntgenthérapeutes devraient ne jamais transgresser dans les cas de cancer.

***

Comment traiter les ganglions ?

La lésion primitive étant guérie on traitera les ganglions, s'ils existent. Il est, en effet, inutile de traiter les ganglions si on n'a pas de signe de leur atteinte, car il y a de nombreux cas de lésions traitées *au début* qui ne donnent pas lieu à un traitement ganglionnaire. Il faut recommander en tout cas aux malades de venir fréquemment se faire examiner, surtout s'ils observent quelque chose d'anormal sous la branche horizontale de la mâchoire.

Les ganglions étant reconnus on les traitera par la *chirurgie* et la *radiothérapie*.

a) *Anesthésie. Désinfection de la peau.*

La désinfection de la peau s'obtiendra facilement à l'aide de *goménol pur.* La teinture d'iode, trop caustique, favorise le sphacèle du lambeau. Nous n'avons jamais eu d'accident avec le goménol.

L'anesthésie sera faite par piqûres sous-cutanées de solution de novocaïne (2 %), adrénaline. On pourra en faire d'assez grandes quantités; nous n'avons jamais eu d'accidents. Simplement de petits incidents : de la rapidité du pouls, quelques sensations d'angoisse disparaissant assez rapidement.

b) *Incision cutanée.*

La désinfection et l'anesthésie étant faites, nous utilisons la technique que nous avons décrite sous le nom de « volet cutané »; celle-ci a été désignée ainsi parce que, au début, nous faisions une incision en H couchée, qui mettait à nu toute la région malade. Actuellement, nous ne faisons qu'une seule incision, soit horizontale, soit verticale, suivant la région.

L'incision étant faite parallèlement au bord de la mâchoire, nous décollons peu à peu la peau, ne laissant que le minimum de tissu cellulaire pour ne pas trouer le lambeau. Il n'y a aucune chance de sphacèle, malgré la dissection parfois très large, nous donnant une vue parfaite sur toute la région ganglionnaire. Les ganglions sont enlevés un à un, la glande sous-maxillaire également. Si on laisse de tout petits ganglions il n'y aura aucun mal à condition qu'ils ne soient pas suppurés, car un ganglion suppuré ne pourra être stérilisé. C'est un fait.

La partie cruentée est garnie de gaze. Le localisateur au plomb est placé à frottement dur dans les lèvres de la plaie. Son pourtour est aussi garni de gaze et, de plus, du sérum artificiel chaud humecte cette gaze ainsi que celle placée sur la plaie.

c) *Irradiation.*

Une irradiation s'élevant à 2.250/2.500 r. est donnée ou plus si nécessaire du fait de la profondeur de la lésion. Il n'y a aucun danger puisque la peau, surtout sensible à l'irradiation, n'est pas là. Nous n'avons jamais observé le moindre incident.

d) *Fermeture de la plaie.*

L'irradiation étant terminée, le localisateur est enlevé, une mèche de gaze plate est mise dans la plaie. Une suture à points très serrés est faite.

Il est essentiel pendant toute l'intervention de faire une hémostase soignée.

Les pansements sont faits, le premier 48 heures après (la mèche de gaze est enlevée). Les autres tous les 3 ou 4 jours. La plaie est guérie dans l'immense majorité des cas dans 10 ou 12 jours, ne laissant après elle qu'une cicatrice à peine visible.

***

Conclusion :

Ainsi traités, les cancers des lèvres et leurs ganglions seront, dans les cas où ceux-ci n'auront pas été traités antérieurement par les irradiations (rayons X ou radium), à peu près à coup sûr stérilisés.

CORRESPONDANCE

13 février 1945.

Monsieur le Directeur,

Dans une revue générale parue dans le n° 3 de la *Gazette des Hôpitaux* (1er février 1945), et consacrée à la spondylose rhizomélique par le docteur Léon Isémein, médecin des hôpitaux de Marseille, on lit au chapitre C, Etude radiologique : « L'arthrite sacro-iliaque est le signe le plus constant » (Forestier, Costes et Maurin, etc.).

Permettez-moi de remettre cet historique au point :

L'atteinte des articulations sacro-iliaques dans la spondylose rhizomélique a été mise en évidence, indépendamment l'un de l'autre et à peu près au même moment, par mon ami le docteur Gilbert Scott, radiologiste à Londres, et par moi-même. Scott signale sa fréquence dans ce qu'il appelait la spondylite des jeunes. Pour ma part, j'ai mis en évidence sa constance, même dans les formes les plus initiales de la maladie, et son extrême valeur pour un diagnostic qu'il y a tant d'importance thérapeutique à faire précocement, avant que les calcifications vertébrales ne soient constituées.

Lors de ma première communication sur le sujet, à la Ligue française du Rhumatisme, je fus même l'objet d'attaques de la part des auteurs que cite aujourd'hui M. Isémein, qui s'élevaient alors contre mes conclusions.

Recevez, etc...

Mathieu-Pierre Weil.

ACTUALITÉS

LA CORYLOPHILINE

Les résultats obtenus avec la pénicilline ont attiré un intérêt accru vis-à-vis des substances issues de la culture de certains micro-organismes. On savait en effet déjà que ceux-ci ne diffusent pas dans leur milieu de culture uniquement des déchets toxiques inutilisables et nuisibles seulement à l'organisme infecté ou au germe infectant lui-même.

Avec d'autres germes que le *Penicillium notatum* on a constaté des substances bactéricides ou bactériostatiques, agissant sur des germes autres que le germe d'origine : ce fut le cas avec le *bacillus brevis*, certains actinomyces, certains aspergillus. Parmi les Penicillium, le P. notatum n'est pas le seul à élaborer une telle substance. C'est depuis 1943 que l'attention a été retenue par un autre Penicillium. Avant même d'en avoir pu déterminer exactement l'espèce, Levaditi (1), Pénau, Perrault et Erichsen trouvèrent dans les cultures de ce que le Central Bureau van Schiemelculture Barn (Hollande) confirma être le *Penicillum corylophilum*, un principe actif qui fut dès lors dénommé *corylophiline*.

On ne peut reconnaître à cette substance que peu de points de ressemblance avec la pénicilline : elle est issue de la végétation sur milieu approprié d'une espèce du genre Penicillium ; la complexité de sa structure chimique n'a pas encore cédé aux recherches des chimistes.

Le reste de leurs propriétés ne permet pas de les confondre ni au point de vue bactériologique ni quant aux emplois thérapeutiques.

Le milieu de Czapek-Dox a pour le P. corylophilum la même valeur qu'on lui avait déjà reconnue pour le P. notatum. On y repique le P. corylophilum issu d'une culture sur pomme de terre glycérinée ou sur carotte. Le chlorure de manganèse, le glucose à 60 % y favorisent la sporulation et provoquent ou réveillent la production de corylophiline active.

La technique par adsorption de Pénau et Hageman permet de concentrer et de purifier la corylophiline. C'est une poudre verdâtre, entièrement soluble dans l'eau distillée et d'une activité antibactérienne considérable : une dilution à 10^{-9} inhibe la végétation du staphylococcus aurens.

Ce pouvoir antibiotique varie avec les souches (Levaditi, Pénau, Perrault, Noury, Degos) et avec le nombre de germes participant à la réaction. Il peut se mesurer par divers procédés (opacimétrie, Heatley, Vincent et Whitgrowe).

La corylophiline est une substance fragile ; le solvant exerce une influence nette sur sa conservation. Dans l'eau distillée elle se conserve bien pendant quatre jours environ ; la solution physiologique lui fait perdre une partie de son activité ; de même le bouillon.

Elle n'est pas moins sensible aux variations du pH et se conserve d'autant mieux que celui-ci est plus bas, à pH 2,8 par exemple ; à pH 9, au contraire, elle perd son activité.

L'élévation thermique agit aussi. Le chauffage au-dessus de 70° la détruit, tandis qu'elle résiste au chauffage à 56° ; elle se conserve, mais un temps limité, à la température ordinaire ; elle se conserve au contraire quinze jours environ à —4°.

Elle ne dialyse pas ; elle traverse, mais seulement en partie, filtres et ultrafiltres.

Les réducteurs (hydrogène) sont sans influence ; les oxydants, au contraire diminuent rapidement son activité. L'oxygène semble agir d'autant plus rapidement que le glucose, capable de fixer une partie de l'oxygène, manque plus vite dans le milieu de culture.

De même les agents oxydoréducteurs : 1.000 doses lytiques sont paralysées par l'acide ascorbique (o cc. 01 de la solution au 1/10ᵉ), par le glutathion (o cc. 5 d'une solution au 1/10ᵉ). Les sels de zinc diminuent aussi son activité.

De même certaines peptones (Levaditi, Perrault, Erichsen, Benoist) ; de même aussi la digestion trypsique détruit rapidement *in vitro* l'activité de la corylophiline. Cette activité destructive ne se produit pas si l'on a préalablement chauffé la diastase à 100° ; ce même chauffage supprime aussi le pouvoir antagoniste de certains sérums animaux (homme, lapin) de certains extraits d'organes (foie, rein).

Au contraire, les leucocytes de cobaye, le pus aseptique de lapin, l'ascite humaine, le lait, l'albumine d'œuf, sont sans action.

L'action bactéricide de la corylophiline est confirmée par la mesure du quotient respiratoire des germes au moyen du respiromètre de Warburg : une culture de staphylocoques additionnée de corylophiline absorbe une quantité d'oxygène moindre qu'un échantillon témoin de la même culture.

Le pouvoir antimicrobien *in vitro* varie avec les espèces. Avec le staphylocoque, la lyse peut se produire dès le taux de 10^{-9} ; pour d'autres germes, Levaditi et ses collaborateurs ont observé : streptocoque hémolytique : 10^{-6} ; trypanosoma equiperdum : de 10^{-6} à 10^{-5} ; pneumocoque : 10^{-4} ; treponema pallidum, colibacille : 10^{-3}. Action nulle sur le spirille de Dutton ou la paramécie.

Toutes actions plus puissantes en présence de glucose.

In vivo, les effets antibiotiques, donc les effets curateurs, sont nuls en général, sans doute à cause de l'antagonisme entre corylophiline et certaines tumeurs de l'organisme. Il faut tenir compte aussi de l'intolérance de certains animaux. A noter cependant que le mélange préalable de corylophiline et d'une culture de staphylocoques rend l'injection de celle-ci au lapin inoffensive. à condition que la lyse microbienne ait été totale dès avant l'injection.

On a peu de lumières encore sur la structure chimique de la corylophiline. De ce qu'elle ne dialyse pas, qu'elle présente le phénomène de Tyndall, sa thermolabilité aussi la font rapprocher des protides et des polypeptides. Sa formule, de plus, contient des groupements phénoliques.

Perrault et Greib, qui ont récemment précisé son mode d'action, envisagent une réelle destruction des micro-organismes, destruction rapide qui laisse derrière elle des formes de souffrance ou d'involution des germes.

De plus l'addition de glucose au milieu, addition qui augmente considérablement la production de la corylophiline, augmente aussi considérablement l'absorption par celle-ci de l'oxygène, tout en respectant entièrement les propriétés bactéricides essentielles. De l'eau oxygénée à l'état naissant se forme dans le milieu ; elle détruit les micro-organismes et serait l'instrument actif de la corylophiline dans son action antibiotique. Ce mécanisme, que corroborent les propriétés chimiques du milieu de la réaction et avec lequel s'accorde l'action de certains inhibiteurs de l'effet bactéricide, se rapproche de ce que d'autres auteurs ont observé pour la pénicilline. La corylophiline se comporte donc comme une glucoso-aéro-deshydrogenase.

L'expérimentation sur l'animal est rendue particulièrement malaisée par la toxicité notable de la corylophiline pour certaines espèces (souris), la pénicilline au contraire est sans danger ; malaisée aussi du fait d'une activité quasi-nulle dans bien des essais (trypanosomiase de la souris, infection récurrentielle et syphilis expérimentale du lapin), les propriétés neutralisantes du sérum sanguin s'exerçant pleinement.

En thérapeutique humaine les résultats sont plus intéressants, par leur rapidité notamment, à la condition de n'employer la corylophiline que comme traitement local. Cette condition est plus stricte encore, si possible, qu'avec la pénicilline.

Les essais de Degos ont porté, pour la plupart, sur des infections à staphylocoque et après insuccès d'autres traitements :

Anthrax volumineux du dos, radio- et sulfamido-résistants, que cinq badigeonnages quotidiens freinent en 48 heures au point de vue local et général, et mènent en 12 jours à une cicatrisation avancée. Gros furoncles de la fesse, guéris en 48 heures. Hydrosadénite traînante de l'aisselle guérie en 8 jours. Ulcère de jambe à type infectieux, traînant depuis des mois, et guéri en 8 jours.

Périonyxis streptococciques datant de 4 et de 8 mois, guéris en 4 et en 8 jours par des badigeonnages. Ulcération nasale de nature mal définie et datant de plus d'un an, amenée au seuil de la guérison en 3 jours. 5 jours d'interruption de traitement laissent se produire une rechute que la corylophiline jugule en 5 jours.

Citons enfin l'action d'injections intranodulaires de 2 cc. d'une solution au 1/1000 dans une hydrosadénite axillaire bilatérale datant de plusieurs mois et amenée au seuil de la guérison en 6 jours. Un peu douloureuse localement, l'injection n'a provoqué aucune réaction générale.

Il est trop tôt encore pour fixer indications ni posologie et pour croire à une nouvelle pénicilline. Les deux substances offrent à tous égards trop de différences ; un parallèle entre elles n'est cependant pas sans intérêt. Après l'échec d'autres méthodes, la corylophiline est peut-être appelée à rétablir des situations compromises. Peut-être aussi jalonne-t-elle l'entrée d'un chemin encore inconnu à travers un domaine peu exploré et qu'ont commencé de nous révéler les beaux travaux de M. Levaditi et de ses collaborateurs.

Rémy LEVENT.

---

(1) Nous sommes heureux de remercier ici très vivement M. le professeur Levaditi de la bienveillance avec laquelle il nous a communiqué les documents nécessaires à la présente actualité, que nous n'aurions pu rédiger sans son concours.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1945

Hygiène du lait. — M. LESNÉ (au nom de la Commission du Lait) présente un rapport sur une réalisation de l'hygiène du lait. L'Académie émet en conclusion les *vœux que : soit supprimé le lait standard à 30 % et remplacé par un lait à 35 % de matières grasses, taux légal butyreux minimum ; que soient intensifiés les efforts pour fournir aux enfants des villes et des hôpitaux, puis aux collectivités urbaines entières, un lait pasteurisé, contrôlé, livré en bouteilles stériles et réfrigéré ; et qu'aussi longtemps que cette fourniture ne pourra être assurée, on améliore la pasteurisation du lait livré en bidons (fourniture aux laiteries d'Eau de Javel et de charbon).*

Un ou une sulfamide ? — M. DELÉPINE. — Cette incertitude de nomenclature ne peut être levée au moyen ni d'un précédent, ni d'une comparaison, ni même de l'étymologie. Il faut qu'une convention s'établisse, ou que le dictionnaire soit pris pour arbitre. Discussion : MM. LAPICQUE, DUHAMEL.

L'influence de l'alcoolisme sur la défaite française en 1940. — M. LAIGNEL-LAVASTINE. — L'alcoolisme s'est aggravé en France dans les années qui ont précédé la guerre ; les mesures prises depuis 1914 par les gouvernements ont été cependant efficaces. Les lois restrictives de l'alcool ont diminué en même temps le nombre des cirrhoses, des psychoses et la criminalité ; les lois facilitant l'alcoolisme ont produit l'effet inverse. Les effets physiques et moraux de l'alcoolisme ont agi conjointement pour aider à la défaite de 1940 et l'alcoolisme de vin a eu une part importante dans le désastre. Discussion : MM. LAPICQUE, ARMAND-DELILLE, BEZANÇON, LAUBRY.

Le problème de la population en France et la puériculture. — M. WEILL-HALLÉ. — La régression démographique déjà manifeste au début du siècle a été aggravée par la guerre de 1914, puis par celle de 1939, avec des séparations prolongées qui en résultent. Parmi les remèdes envisagés, la lutte contre la mortalité, surtout infantile, et l'augmentation de la natalité, sont au premier plan. La puériculture en est un élément important ; elle influe sur la formation du corps et de l'esprit de l'enfant et doit relever à la fois la quantité et la qualité des éléments jeunes du pays. Il importe qu'elle soit plus répandue dans les milieux médicaux et para-médicaux, parmi les familles et les éducateurs.

La lutte antivénérienne et ses résultats depuis 25 ans. — M. CAVAILLON. — Après la guerre de 1914-1918 une épidémie vénérienne s'est abattue sur le pays, que les mesures de dépistage, de prophylaxie et les méthodes thérapeutiques employées, concurremment avec le progrès de la législation, ont concouru à éteindre. Avant la guerre l'état du pays était meilleur qu'aux époques précédentes. La guerre, l'occupation, les brassages de population, l'importation par les occupants d'affections contractées dans le Proche-Orient ont causé, en zone Nord tout au moins, une recrudescence dont il fut difficile de se rendre maître. La libération de certaines portions du territoire grâce à des troupes qui s'étaient fréquemment contaminées en Afrique ou en Italie, ont fait craindre une nouvelle flambée que les mesures préventives semblent jusqu'ici avoir empêchée.

Election. — MM. COURMONT (de Lyon) et DUPRÉ (de Fribourg) sont élus associés nationaux en remplacement de MM. Carrel et Nicloux, décédés.

SÉANCE DU 6 MARS 1945

Nécrologie. — M. GUILLAIN lit une notice nécrologique sur M. SOUQUES.

Déclaration de vacance. — Une place de membre titulaire est déclarée vacante dans la Ve section (médecine vétérinaire) en remplacement de M. Barrier, décédé.

Election. — M. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE est élu membre titulaire dans la section d'hygiène.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 14 FÉVRIER 1945

Syndrome péritonéal consécutif à une injection intra-utérine d'eau de savon. — MM. BOUDREAUX et REPÉ. — M. S. BLONDIN, rapporteur.

Luxation de la hanche avec fracture du col et fracture du cotyle. Reposition sanglante. — M. LUZUY (de Blois). — M. PADOVANI rapporteur. — La coexistence de ces complications de la luxation de la hanche est exceptionnelle. Le traitement ne put être commencé avant un mois à cause d'autres lésions, notamment des lésions thoraciques. L'auteur fit une reposition sanglante de la tête fémorale après reconstitution du rebord cotyloïdien par fragment d'os purum. Il réajusta ensuite le fragment cervico-capital dans le fragment diaphysaire en le fixant par deux chevilles d'os purum. Résultat correct. Une flexion de 30° de la cuisse permet la marche.

Etude statistique des blessés traités à l'hôpital de Neuilly lors des combats de la Libération. — MM. BRAINE et PERROTIN ont vu presque tous les blessés de Neuilly. Ils insistent d'abord sur la gravité des blessures par combats de rues et sur la mortalité importante. Dans l'ensemble, ils notent la promptitude des secours grâce au dévouement du personnel de la défense passive. Ils insistent encore sur le rôle frappant de la réanimation, des transfusions, des sérothérapies antitétanique et antigangréneuse, des sulfamides.

Ils n'ont observé aucun cas de gangrène gazeuse.

M. BROCQ, comme plusieurs de ses collègues, attribue la gravité des blessures au tir à bout portant. Il insiste aussi sur le rôle remarquable de la défense passive dans le ramassage des blessés.

Note sur les kystes hydatiques du foie. — M. CHAVANNAZ (de Bordeaux).

SÉANCE DU 21 FÉVRIER 1945

Pseudo-cancer rectosigmoïdien. — M. FÈREY rapporte une intéressante observation dans laquelle une appendicite pelvienne simulait en tout point une sténose rectosigmoïdienne.

M. KUSS revient sur les signes cliniques des rétrécissements périsigmoïdiens.

M. SÉNÈQUE a observé plusieurs cas d'appendicite pelvienne à forme tumorale et insiste sur les signes physiques suivants : fixité d'emblée de la tumeur, diminution de volume de la tumeur sous l'influence de la glace.

A propos de 238 cas de chirurgie cranienne de guerre. — M. STRICKER. — Mortalité globale de 20 %. La plupart des opérations furent effectuées sous anesthésie locale, complétée par une anesthésie de base.

Dans les lésions peu étendues, excision des orifices sans utilisation systématique du volet osseux. En cas de présence de débris cérébraux et de sang dans les ventricules, nettoyage mécanique de celui-ci au moyen d'un lavage par trocart. L'auteur ne croit pas indispensable la fermeture systématique de la dure-mère, sauf en cas de perte de substance importante. Par contre, la fermeture cutanée doit être faite avec grand soin autour du drainage.

Dans les suppurations post-opératoires la pénicilline a donné cinq guérisons sur neuf cas.

Syndrome abdominal aigu à type d'occlusion consécutif à une intoxication par les sulfamides. — M. BAILLIS. (Rapport de M. MOUCHET).

Trois observations d'abcès centro-linguaux réalisant le syndrome d'angine de Ludwig. — MM. BAILLIS et GREPINET. (M. MOUCHET, rapporteur).

Dix années d'expérience de la contre-extension plâtrée des fractures de la diaphyse fémorale. — M. RIEUNAU. — M. MATHIEU rapporte ce travail, basé sur 45 observations; les résultats sont très satisfaisants.

Rupture spontanée du canal hépatique. — M. VERNE. — M. MOULONGUET rapporte cette observation absolument exceptionnelle et discute la pathogénie de la lésion.

Sur l'emploi de la pénicilline dans le traitement des plaies de l'abdomen. — M. BAUMANN. — M. MOULONGUET rapporte ce travail; la pénicilline est injectée par voie intramusculaire ou intraveineuse; dans les infections intrapéritonéales déclarées la pénicilline semble n'avoir aucune action.

Les auteurs ont utilisé également l'iléostomie mais ne paraissent pas en avoir tiré une amélioration considérable de leurs résultats.

SÉANCE DU 28 FÉVRIER 1945

Résection du carrefour aortique et des bifurcations iliaques pour thrombose de l'aorte terminale. Guérison maintenue 2 ans et demi. — M. DELANNOY, rapporteur. — M. LERICHE et ses élèves ont pratiqué six fois cette intervention. Pratiquée précocement, avant les troubles trophiques, ce qui permet la netteté du syndrome (faiblesse et pâleur marmoréenne des membres inférieurs, absences d'érections, disparition du pouls aortique), la guérison est complète et durable.

M. AMELINE. — Un cas opéré trop tard s'est terminé par décès.

Deux cas de méga recto-sigmoïde traités par sigmoïdectomie en deux temps. Guérison fonctionnelle parfaite après 3 et 5 ans. — MM. MOREAU et L. SÉBILEAU. — Rapport : M. Jean QUÉNU cite un cas personnel revu guéri après 7 ans.

Discussion : MM. MIALARET, MOULONCUET, LEVEUF, HEPP. — Les résultats ne sont pas toujours aussi bons : tantôt l'anus artificiel se ferme difficilement, tantôt après fermeture, il se rouvre secondairement, enfin tardivement on peut voir le côlon restant se dilater, argument en faveur de la colectomie totale.

MM. LERICHE, Raoul MONOD, au contraire, rapportent des exemples datant de 11, 18 et 20 ans, dans lesquels la guérison s'est maintenue.

Sur les difficultés du diagnostic, au cours des opérations, des calculs enclavés du cholédoque. — M. MALLET-GUY (de Lyon). — La palpation, le cathétérisme sont insuffisants. Le contrôle radiologique au cours de l'opération donne des renseignements plus précis surtout si l'on prend plusieurs clichés.

A propos d'un cas de seminome ovarien chez un enfant de 10 ans et demi. Guérison datant de 12 ans. — M. R. DUPONT (de Mantes).

M. L. MICHON cite un cas dont la guérison remonte à 18 ans.

Pneumocéphalie d'origine traumatique. Trépanation. Guérison. — MM. PETIT-DUTAILLIS et J. ROUGET. — Fracture du frontal par éclat d'obus. 12 jours après, écoulement de liquide céphalo-rachidien par le nez et bruit hydro-aérique par succussion. La radio montre une pneumocéphalie comprenant les ventricules latéraux. Large trépanation. Guérison.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 2 FÉVRIER 1945

Acrodynie infantile fibrillaire. — MM. FERRU et GOIRAULT (de Poitiers). — Observation d'une fillette de 6 ans atteinte d'une acrodynie caractérisée par des fibrillations musculaires persistantes, surtout visibles à l'orbiculaire des paupières. Ce trait constituant un lien étroit entre cette maladie et la chorée fibrillaire de Morvan.

Forme fébrile pure de la spirochétose. — MM. DE SÈZE et GUENID. — Si l'on réserve le nom de forme fébrile pure à la spirochétose chez laquelle s'ajoute une absence d'atteinte méningée, on doit reconnaître qu'il doit s'agir d'une forme rare pour celle à qui la myalgie donne un aspect particulier et d'une forme exceptionnelle à celle qui se présente sous l'aspect d'un état absolument pur en l'absence de toute note myalgique.

Un cas de leuco-sarcomatose de Sternberg à type de tumeur médiastinale très radio-sensible. Diagnostic précoce, au stade dit pré-leucémique, grâce à la ponction sternale. — MM. MOUQUIN, MACREZ et BASTIE.

Accidents de la sulfamidothérapie, anémie hémolytique avec érythroblastose. — M. CATTAN. — Observation d'un enfant de 3 ans qui reçut pour un état grippal 2 gr. de sulfapyridine pendant quatre jours. Apparition d'accidents d'anémie intense. Un frère du malade, au cours d'un traitement, présenta un syndrome d'anémie aiguë. La papaverine associée aux sulfamides peut provoquer des lésions analogues aux précédentes.

Traitement des escharres graves de la fièvre typhoïde par la pénicilline. — M. CATTAN, au cours d'une épidémie de fièvre typhoïde grave en Tunisie, eut recours à la pénicilline non purifiée qui donna d'excellents résultats.

Syndrome spléno-ganglionnaire d'origine bacillaire. — M. POUMEAU-DELILLE.

Septicémie à staphylocoques traitée et guérie par la pénicilline. — MM. DONZELOT et DURUPE. — Observation d'une jeune fille atteinte d'une septicémie staphylococcique maligne à la suite d'un furoncle de la face qui fut d'abord traitée sans succès par la radiothérapie locale et qui guérit par l'administration de pénicilline.

Adéno-dermatomyosite de Petges-Jacobi. — MM. J. MARIE et SERINGE. — Observation recueillie chez une jeune fille de 7 ans qui succomba à une méningite tuberculeuse.

Maladie hémolytique révélée par une fièvre typhoïde. — M. POUMEAU-DELILLE.

SÉANCE DU 9 FÉVRIER 1945

Augmentation de l'activité cholénestérasique du sérum dans les polynévrites chez l'homme et rôle de la vitamine B_1. — MM. J. FROMENT et KASWIN, mesurant l'activité cholinestérasique du sérum dans les polynévrites, ont noté l'augmentation de celle-ci dans les polynévrites éthyliques et arsenicales, alors que son taux reste normal dans les polynévrites diphtériques et diabétiques. L'augmentation de la cholénestérine paraît secondaire à une avitaminose B_1, et les auteurs supposent une action propre sur la cholénestérase des métabolides des glucioles qui s'accumulent dans le sang, dans l'avitaminose B_1. En dehors de son intérêt physiologique, l'augmentation de l'activité cholestérinase du sérum dans les polynévrites peut avoir un certain intérêt diagnostique, compte tenu de certaines causes d'erreur, en particulier l'association de polynévrite et de cirrhose.

SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1945

Action du salicylate de soude sur une néphrite chronique. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT et BLAMOUTIER. — L'absorption de salicylate de soude chez un sujet présentant une néphrite chronique amena une poussée de néphrite avec augmentation de l'albuminurie, azotémie et hypertension aboutissant à la mort.

Un cas d'asthme par sensibilisation à un aspergillus. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT et BLAMOUTIER.

Lupus vulgaire et tuberculose miliaire des poumons. — MM. E. BERNARD, G. MEYER et GENEVRIER. — Observation d'une femme de 29 ans chez laquelle des adénopathies cervicales sont survenues dans l'enfance, puis dans l'adolescence, dont certaines se sont fistulisées. Plus tard apparaissent des éléments lupiques au niveau de la cicatrice, puis survint une granulie persistante avec fièvre élevée, précédant la cachexie et la mort.

Bacille tuberculeux bovin, cause d'un lupus miliaire et d'une tuberculose miliaire concomitante. — MM. E. BERNARD, SAENZ et CANETTI. — Le bacille bovin est souvent à l'origine du lupus; mais son rôle est très rare dans les lésions pulmonaires. Rares sont les observations et les études qui ont permis de retrouver le bacille au niveau de la peau et des poumons.

Tumeur médiastinale exceptionnelle. — MM. LECOEUR et MATHEY. — A l'occasion d'un examen de dépistage, les auteurs ont trouvé chez un homme de 45 ans une tumeur du médiastin ne s'accompagnant d'aucun trouble fonctionnel. On fit un pneumothorax, puis une thoracotomie exploratrice. Mort par hémorragie aiguë. Il s'agissait d'un épithélioma du thymus.

Organisation des services de réanimation-transfusion en Afrique du Nord. — M. BENHAMOU (Alger).

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 13 janvier 1945

Le germe de blé jouit-il d'une action antiscorbutique ? — MM. R. Lecoq, P. Chauchard et Mme H. Mazoué montrent que le germe de blé supprime des troubles neuromusculaires relevant d'un régime scorbutigène et semble agir comme facteur de rééquilibration de la ration.

Inhibition par les sucres de l'effet excitant qu'exercent les bases puriques sur le système nerveux. — M. P. Chauchard, Mme H. Mazoué et M. R. Lecoq montrent que, chez le rat, l'effet excitant de la caféine et de la théobromine sur le système nerveux se trouve compensé par l'administration buccale ou parentérale de sucres.

Hydrolyse de la novocaïne par le sérum sanguin. — MM. R. Hazard et J. Ravasse attribuent à l'hydrolyse observée *in vitro* de la novocaïne par le sérum sanguin, avec libération d'acide para-aminobenzoïque, la faible durée d'action et la faible toxicité de la novocaïne intra-veineuse.

Les besoins quotidiens en vitamine P. P. Rapport entre les ingesta et les taux sanguins. — MM. H. Gounelle, A. Vallette et Y. Raoul ont constaté une concordance manifeste entre le taux sanguin de vitamine P. P. et la teneur en vitamine P. P. assimilable de la ration alimentaire.

Action de l'eau et du sérum de lapin sur les propriétés toxiques et antigéniques de la glycérine. — M. J. Solomidès montre que la glycérine, diluée dans son volume d'eau, perd ses propriétés toxiques et antigéniques, tandis que, diluée dans son volume de sérum de lapin, elle les conserve intactes, la molécule polymérisée de la glycérine se combinant très vraisemblablement avec les protéines sériques.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 19 janvier 1945

Le président fait part du décès de M. Goguet de Girac.

La séance est levée en signe de deuil.

Allocution du président sortant, M. Dufourmentel.

Allocution du président pour 1945, M. Rœderer.

Rapport du trésorier, M. Burty.

Rapport des commissaires aux comptes, par M. Soubrane.

Le secrétaire général sortant, M. Luquet, fait un rapport sur la Société durant l'année 1944.

Radiographie du profil de la hanche saine chez l'adulte. — M. René Charry a utilisé la technique qu'emploie le professeur Mathieu, dans son service, pour l'enclouage du col du fémur. Il prend trois clichés : un premier, en rotation indifférente ; les deux autres, en rotations externe et interne.

Traitement de l'ostéomyélite. — M. André Treves considère le traitement sulfamide-iode comme indispensable dans toutes les formes d'ostéomyélite.

Dans les formes aiguës, l'association du traitement interne avec l'immobilisation en plâtre, évitera, le plus souvent, toute intervention ultérieure.

Dans les lésions anciennes, si tenaces et récidivantes, l'ablation large des lésions, suivie du traitement thiazomide-iode, donne souvent des résultats inespérés.

Séance du 16 février 1945

Le rôle de la défense organique dans la sulfamidothérapie. — M. André Raiga.

Ankylose fibreuse de l'épaule traitée par l'arthroplastie. — M. Dupuy de Frenelle rappelle les beaux résultats que donne l'arthroplastie dans les ankyloses fibreuses de l'épaule, consécutives aux blessures de guerre.

L'intervention doit comprendre la résection large du tendon du sous-scapulaire, de la partie antérieure et inférieure de la capsule, ainsi que du petit rond qui forme corde entre l'humérus et l'omoplate. Il présente un blessé, opéré par arthroplastie de l'épaule, il y a quatre ans, et qui a conservé la mobilité de son articulation.

Fracture pathologique de cause inconnue. — M. Masmonteil.

Honorariat. — M. Lanos est nommé membre honoraire de la Société.

SOCIETE FRANÇAISE DE GYNECOLOGIE

Séance du 20 novembre 1944

Eloge funèbre de J.-L. Faure, par M. E. Douay.

Adhérences épiploïques utérines après césariennes et myomectomie. — M. P. Ulrich.

Remarques sur les leucorrhées d'origine vaginale. — M. Louis Netter.

Intérêt de la température lutéinique dans le diagnostic précoce de la grossesse. — M. Claude Béclère. — Chez une femme dont on connaît la courbe de température habituelle au cours du cycle menstruel, dont le thermomètre est vérifié, et qui ne présente aucune autre cause d'élévation de température, la persistance de la courbe lutéinique de température rectale matinale chaque jour au-dessus de 37° pendant plus de vingt jours de suite est un signe biologique présomptif très important de grossesse débutante.

Ce signe de la température a une valeur toute particulière chez les femmes ayant souvent des phases d'aménorrhée et dont on suit depuis longtemps la courbe de température.

Parmi de nombreuses observations, trois cas particulièrement démonstratifs viennent appuyer ces conclusions.

Séance du 18 décembre 1944

Lésions de la vulve pouvant simuler la syphilis secondaire. — M. R. Glasser.

A propos du traitement de certaines vaginites en fonction du pH des sécrétions. — M. R. Glasser.

Sur un cas de tuberculose de l'endocervix découverte à l'occasion d'une exploration cyto-hormonale pour stérilité. — MM. J. Courtois et Beziaud.

Eléphantiasis du capuchon clitoridien chez une fillette (présentation de malade). — M. J.-E. Marcel présente une fillette de 9 ans 1/2 atteinte d'un éléphantiasis inflammatoire, probablement infectieux, strictement localisé au capuchon clitoridien. Son apparition a précédé de quelques semaines l'éclosion d'une vulvovaginite à staphylocoques mal traitée et irritée au début, compliquée de cystite et finalement rapidement et simplement guéries. Malgré la sédation de toutes les lésions environnantes, l'éléphantiasis persiste, à peine diminué.

Bureau et Conseil d'administration pour l'année 1945. — Président : M. E. Douay ; Vice-présidents : MM. Cotte, Paueot, F.-A. Papillon, M. Senéchal ; Secrétaire général : M. Maurice Fabre ; Secrétaire adjoint : M. R. Palmer ; Trésorier : Mme Meurs-Blatter ; Membres : MM. Béclère, F. Jaule, Jeanneney, Lefebvre, Turpault.

Paul DESFOSSES

Attiré par le réalisme de la biologie alors que j'étais encore au lycée, je lisais passionnément la « Petite Chirurgie » de Tuffier et Desfosses avec ses descriptions, ses rappels historiques et ses reproductions d'estampes. Quand dès le P. C. N. je voulus m'initier à la petite chirurgie, je repris avec fruit le livre de mes lectures de lycéen.

Ce livre montrait déjà la haute culture de celui qui fut pendant près d'un demi-siècle le secrétaire de la « Presse Médicale ». On sait que Desfosses, dès son internat, s'était spécialisé en chirurgie infantile. Partisan du rapprochement avec les Anglo-Saxons, il était devenu chirurgien du Hertford British Hospital de Paris.

Plus tard, lorsque je fus amené à collaborer à la « Presse Médicale », son secrétaire, Desfosses, m'accueillit avec sa bienveillance souriante. Que de fois ne l'ai-je pas entendu me dire : « Laissons de côté les prêcheurs et les fossiles, allons de l'avant et regardons ce qui se passe en Amérique et au Canada ».

Il me disait encore : « Vos jeunes camarades de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris ont cet esprit frondeur du Gallo-Romain, ils veulent qu'on leur apprenne quelque chose à l'école de médecine et ils méritent qu'on les soutienne. » Et souvent il ajoutait : « Marfan est de votre avis, Sergent aussi. Allez donc voir Hartmann, qu'en pense Jean-Louis Faure? »

Puis à propos de la formation de la « Corporation médicale », il m'indiquait les derniers articles de Cushing parus au Canada et m'exposait comment cette ancienne province française avait su réaliser, avec apprentis et maîtres, cette élite que constitue le Corps médical.

Je revois encore Desfosses à l'ouverture du congrès de médecine coloniale inauguré par Lyautey en 1931 sous la présidence du médecin-général inspecteur Lasnet. Il était rayonnant ; à la fin de la séance, il me brossa un tableau lumineux des immenses services rendus par les médecins français aux populations de notre Empire. Pour avoir développé dans un quotidien ces idées coloniales chères à Desfosses, le maréchal Lyautey voulut bien me remercier et me dire le prix qu'il attachait à la collaboration des médecins à son œuvre civilisatrice.

Attentivement, Desfosses suivait les travaux des médecins anglais et américains ; aussi fut-il, avant la lettre, le type du médecin « résistant », ses sympathies étant toujours allées aux nations neuves d'outre-mer. Et moi qui ai correspondu souvent avec lui pendant nos cinq années de guerre, je puis affirmer qu'il n'a cessé de croire en la victoire de la France. L'ouvrier du rapprochement médical toujours plus intime entre les Anglo-Saxons et nous disparaît quand le soleil se lève sur son pays : quelle infinie tristesse!

Maurice MORDAGNE.

INFORMATIONS

(Suite de la page 81)

Cours

Centre de réanimation - transfusion de l'Armée (53, boulevard Diderot, Paris-12e). — Le 4e stage de réanimation-transfusion de l'Armée a commencé le 5 mars, à 15 heures, sous la direction du médecin lieutenant-colonel Tzanck.

Ce cours se poursuivra tous les jours suivants, à 15 heures, et portera sur les sujets ci-dessous :

Aspects nouveaux de la réanimation-transfusion (colonel Tzanck) ; Groupes sanguins et groupage (Dr R. André) ; Facteur Rh (colonel Tzanck) ; Sang conservé (capitaine Solal) ; Appareillage à sang frais (Dr R. André) ; Appareillage à sang conservé (lieutenant Massebeuf) ; Plasma, sérums, solutions cristalloïdes (capitaine Solal); Les hémorragies aiguës, Le choc, étiopathogénie, Le choc, clinique et traitement, Syndrome de Bywaters (lieutenant Chiche); Accidents généraux des brûlures (lieutenant Bessis) ; Soins pré et post-opératoires (lieutenant Chiche) ; Voies d'accès de la transfusion (lieutenant Dausset) ; Accidents de la transfusion (lieutenant Chiche) ; Lésions par explosion, Oxygénothérapie et carbothérapie (capitaine Morali) ; Asphyxie (lieutenant Chiche) ; Electrocution-submersion (lieutenant Dausset) ; Gaz de combat (lieutenant - colonel Moynier) ; Organismes de réanimation aux armées (capitaine Ricard).

Un cours facultatif, théorique et pratique d'hématologie aura lieu en même temps avec la collaboration de MM. R. André, Albahary, Chiche, Bessis, Mallarmé, Paris.

Un certain nombre de places sont disponibles pour les amateurs civils qui s'intéressent à ces questions. Les inscriptions seront reçues en nombre limité au Centre National de Transfusion de l'hôpital Saint-Antoine (Secrétariat militaire, le matin de 9 à 11 heures).

Nécrologie

Nous apprenons la mort, survenue à Paris le 28 février, du professeur Pierre Abrami, professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris, médecin des hôpitaux, commandeur de la Légion d'honneur. Il était âgé de 68 ans.

Suivant sa volonté, ses obsèques ont eu lieu dans la plus stricte intimité.

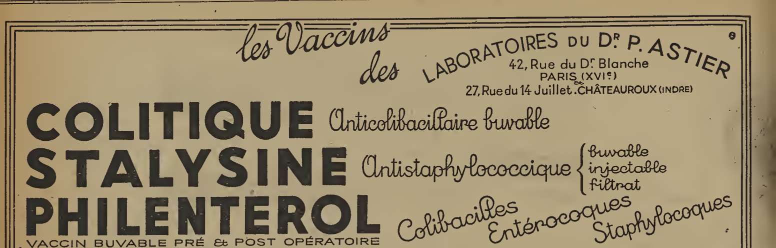
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

(Suite de la page 81)

Conseil départemental des médecins de Seine-et-Oise

Dans sa séance du 11 février, le Conseil a délibéré longuement au sujet des Assurances sociales.

Après avoir pris connaissance des propositions faites par les représentants des Caisses à la réunion de la Commission paritaire des Assurances sociales du 5 février 1945 et après avoir entendu le compte rendu de son délégué à cette réunion, le Conseil a émis le vœu : « Que disparaisse le plus rapidement possible la méfiance réciproque entre les Assurances sociales et les représentants du corps médical et que soit étudiée entre eux une vaste réorganisation de la médecine des soins, où chacun garde son indépendance et sa liberté. »







Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe) Dépôt légal. — 1945. — 1er Trimestre. — N° 1. — Le Gérant : F. Le Sourd

N° 7. — 1er AVRIL 1945 — 118e ANNEE — Ce numéro : 4 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 100 fr. Etudiants, 50 fr. ; Etranger, 150 et 180 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de Médecine de Paris

Le Conseil de la Faculté, dans sa séance du 15 mars 1945, a décidé, à l'unanimité, de proposer pour le titre de professeur, à titre personnel : M. Charles Richet, agrégé pérennisé, actuellement déporté en Allemagne.

Académie des Sciences. — Le 19 mars 1945, M. le professeur Hartmann a été élu membre titulaire dans la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de M. Antonin Gosset, décédé.

Académie de Médecine. — Le 13 mars 1945, M. Clovis Vincent a été élu membre titulaire dans la 2e section (chirurgie).

Santé publique

Conseil permanent d'hygiène sociale. — Sont nommés membres du Conseil permanent d'hygiène sociale en tant que personnalités présentant une compétence spéciale en matière d'hygiène sociale :

MM. les professeurs Rohmer (Strasbourg); Leveuf (Paris) ; Paucot (Lille) ; Troisier et Gougerot (Paris) ; Santy (Lyon) ; Bugnard (Toulouse) ; Lévi-Valensi (Paris) ; Leclercq (Lille) ; Parisot (Nancy) ; MM. Ameuille, Armand-Delille, Bariéty, Etienne Bernard, Brouardel, Calvé, Mme Campinchi, MM. Chadourne, Robert Clément (Paris) ; MM. les professeurs Cornil (Marseille); Courmont (Lyon) ; MM. Courcoux, Coste, M. le professeur Couvelaire, MM. Degos, Derobert, Descomps, Desmars, Domart, Douady (Paris) ; MM. les professeurs Ducuing (Toulouse) ; Duvoir (Paris) ; MM. Even, Evrot, Févre, Funck-Brentano (Paris) ; M. le professeur Gaté (Lyon) ; M. Justin Godart, Mme Gonse-Boas, MM. Grunebaum-Ballin, Guilly, Hazemann, Georges Heuyer, Honnorat, Huguenin, Julien Huber, M. le professeur Lacassagne (Paris) ; MM. Lamarque (Montpellier) ; Lamaze, Laporte, Lamy, Clément Launay, Laubry, Lelong, Lesné (Paris) ; MM. les professeurs Jean Lépine (Lyon) ; Levaditi, Levy-Solal (Paris) ; M. Lhirondel, M. le professeur Margarot (Montpellier) ; MM. Julien Marie, Marquézy, Marcel Martin, Robert Monod, Mourier, MM. les professeurs Mouriquand (Lyon) ; Pautrier (Strasbourg) ; Paul Perrin (Nantes) ; MM. Pfeiffer, Quentin (Rennes) ; Queuille, Ravina, A. Richard, M. le professeur Riser (Toulouse) ; Mlle Denise Ronget, M. Roux-Berger, M. le professeur Sautet (Marseille) ; Mme Schreiber-Crémieux, M. le professeur Sézary (Paris) ; M. Sicard de Plauzoles, MM. les professeurs Etienne Sorrel, Strohl, Pasteur Vallery-Radot, Villaret, MM. Touraine, Vernier, Mathieu Pierre Weil, Weill-Hallé (Paris) ; M. le professeur Violle (Marseille).

Conseil supérieur d'hygiène publique de France. — Par arrêté en date du 28 février 1945, M. le professeur Navarre, de l'école de médecine de Caen, a été nommé membre du conseil supérieur d'hygiène publique de France.

(J. O., 6 mars 1945.)

Médecins consultants régionaux de vénéréologie. — L'article 4 du décret provisoirement applicable du 25 février 1943 relatif à la création de médecins consultants régionaux de vénéréologie, est modifié comme suit :

« Les médecins consultants régionaux sont rémunérés pendant la durée de leur mission par vacations, dont le montant est fixé par 350 fr. par journée complète et à 200 fr. par demi-journée.

« Les médecins consultants régionaux de vénéréologie sont, pour le remboursement de leurs frais de transport et de déplacement et pour l'attribution d'indemnités pour frais de mission, classés dans le deuxième groupe prévu par l'arrêté du 14 janvier 1944.

« Toutefois, ceux d'entre eux qui exercent en dehors de cet emploi des fonctions publiques les classant dans le groupe I, percevront les indemnités allouées aux agents de ce groupe ».

(J. O., 9 mars 1945.)

Inspecteurs de la Santé

M. le Dr Clerc est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé dans le département de la Seine, au maximum pour la durée des hostilités.

M. le Dr Valrivière, médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé du Rhône, chargé de mission dans le département de la Manche, est affecté en la même qualité dans le département de la Manche à compter du 1er février 1945.

M. le Dr Cannac, médecin inspecteur de la Dordogne est détaché et mis à la disposition du préfet du Loiret.

Hôpitaux psychiatriques. — M. le Dr Letailleur, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Clermont-de-l'Oise est affecté sur sa demande en la même qualité à l'hôpital psychiatrique de la Seine-Inférieure, à Sotteville-les-Rouen.

— M. le Dr Morel, médecin chef à l'hôpital psychiatrique de la Seine-Inférieure, a été affecté d'office en la même qualité à l'hôpital psychiatrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais).

M. le Dr Carrère, médecin chef de service à l'asile privé Saint-Pons, à Nice, est affecté, sur sa demande, à l'hôpital psychiatrique de la Manouba, à Tunis.

M. le Dr Mareschal, médecin directeur à l'hôpital psychiatrique de la Manouba, à Tunis, est affecté à l'asile privé Saint-Pons, à Nice.

Avis de vacances. — Sont vacants : le poste de médecin-chef à l'asile privé des sœurs Saint-Joseph de Cluny à Limoux (Aude) ; un poste de médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Sotteville-les-Rouen ; un poste de médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Font-d'Aurelles, à Montpellier. Les candidats doivent se faire connaître dans les trois semaines, à partir du 18 mars, à la Santé Publique, direction du personnel, 2e bureau, 1re section, 7, rue de Tilsitt, Paris.

Avis de vacances de postes de directeurs et de directeurs - économes d'hôpitaux et hospices. — Sont actuellement vacants :

1° Poste de directeur :
Hospices civils de Rouen, 3.365 lits.
Hôpital-hospice de Pont-l'Evêque, 265 lits.
Hôpital-hospice d'Honfleur, 252 lits.

2° Poste de directeur-économe :
Hôpital - hospice d'Aunay-sur-Odon, 1.906 lits.

Hôpital-hospice de Falaise, 1.906 lits.
Hôpital-hospice de Lillebonne, 120 lits.

Prière à tous directeurs d'hôpital en exercice d'adresser une demande de mutation dans le délai d'un mois après publication du présent avis au ministère de la Santé publique, direction du personnel, 2e bureau, 1re section, 7, rue de Tilsitt, Paris (17e).

(J. O., 11 mars 1945.)

Croix de la Libération. — GUERRE. — La croix de la Libération est décernée aux médecins dont les noms suivent qui deviennent compagnons de la Libération :

Le médecin lieutenant-colonel Vernier ;
Les médecins commandants Orsini, André Brunet et Lichwitz ;
Le médecin capitaine Pol Thibaux.

Guerre

Nomination aux grades de médecin ou de pharmacien des élèves de l'Ecole du Service de Santé militaire pendant la durée des hostilités. — Le J. O. du 15 mars 1945 publie un arrêté qui prévoit que pendant la durée des hostilités les élèves de l'Ecole du S. S. Militaire pourront être nommés, à titre temporaire, aux grades de médecin ou pharmacien auxiliaire (4 inscriptions validées) ; de médecin ou pharmacien aspirant (six mois d'ancienneté comme médecin auxiliaire et moins de 16 inscriptions) ; de médecin sous-lieutenant (six mois d'ancienneté comme médecin auxiliaire et au moins 16 inscriptions) ; de médecin sous-lieutenant sans condition d'ancienneté 24 inscriptions ou 16' inscriptions pour les internes). Les intéressés pourront être éventuellement promus médecins lieutenants.

Société de Médecine militaire française. — La composition du bureau pour l'année 1945 est la suivante : Président, M. le Médecin général inspecteur Jame ; Vice-présidents, MM. les Médecins généraux inspecteurs Morvan et Lecomte ; le médecin général de 1re classe Oudard ; le pharmacien général Massy ; Secrétaire général, M. le Médecin général des Cilleuls ; Secrétaire général adjoint : M. le Médecin commandant Trial ; Secrétaires de séances, MM. les Médecins capitaines Toulemonde et Favre; Trésorier, M. le Médecin colonel Poy.

Les séances ont lieu, comme par le passé, le 2e jeudi de chaque mois, à 16 h. 30, au Val-de-Grâce (amphithéâtre Broussais).

Le Syndicat médical de Seine-et-Oise est reconstitué.

Il a tenu sa première Assemblée générale le 18 mars 1945 à l'hôpital des Enfants-Malades, à Paris, et a élu son bureau qui est composé de la façon suivante : Président : Dr Larget, 5, rue Boucher-de-Perthes, Saint-Germain-en-Laye, actuellement mobilisé ; 1er vice-président, faisant fonction de président pendant la mobilisation du Dr Larget : Dr Remilly, 3, avenue du Général-Mangin, Versailles ; second vice-président : Dr Bisot, Forges-les-Bains ; secrétaire général : Dr Mouthon, 3, rue Baudreuil, Meudon ; trésorier : Dr Philippe, 17, rue de Noailles, Saint-Germain-en-Laye.

L'Association France-U. R. S. S. a créé parmi ses commissions d'échanges culturels une commission médicale dont M. le Prof. Roussy, recteur de l'Académie de Paris, a bien voulu accepter la présidence et M. le Prof. Justin-Besançon, président de la Croix-Rouge Française, la vice-présidence. Cette commission assure une permanence tous les jeudis de 18 à 19 heures, 1, rue Arsène-Houssaye, Paris (8e), et a pour buts :

1° De renseigner le corps médical français sur les progrès des sciences médicales en U. R. S. S. ;

2° De faire parvenir à l'Union soviétique tous les travaux parus en France pendant la longue période au cours de laquelle les échanges furent suspendus entre nos deux pays.

Ligue française contre le rhumatisme. La prochaine réunion aura lieu le mardi 24 avril, à 9 h. 30, dans l'amphithéâtre de clinique médicale de l'hôpital Cochin (service du prof. HARVIER) et sera principalement consacré à la question : RHUMATISMES ET CARENCES.

Un rapport sera présenté par MM. F. COSTE et M. GAUCHER, sur « Incidences des conditions actuelles de vie, sur les maladies rhumatismales », et un rapport de M. MOURIQUAND, sur : « Rhumatismes et avitaminoses ».

Les membres de la Ligue qui désirent présenter des communications sont priés de s'inscrire avant le 1er avril, au siège de la Ligue française contre le rhumatisme, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (6e).

Congrès national de l'aviation française

Ce congrès aura lieu du 3 au 8 avril 1945 à Paris ; il comporte une section de recherches et études et une sous-section de physiologie. Le bureau de la sous-section est présidé par M. le Médecin général Beyne, les vice-présidents sont les médecins commandants Grandpierre et Malméjac. Le rapporteur est le médecin lieutenant Claude Franck, le secrétaire le médecin capitaine Lemaire.

Au programme : l'anoxie en aviation, adaptation, inadaptation, mort par anoxie aiguë, traitement de la syncope anoxémique. L'hypocapnie en aviation, ses moyens de protection. Action physique de la dépression atmosphérique, alimentation du personnel navigant, Sélection physiologique et psychotechnique ; intoxication en avion.

Adresser toutes les communications au secrétariat du Congrès : Ministère de l'Air, 26, boulevard Saint-Victor, Paris-15e.

(Suite des informations, page 110.)

INTERETS PROFESSIONNELS

A propos des Assurances sociales

Alors que les pourparlers étaient encore en cours entre les représentants qualifiés du corps médical et M. le Ministre du Travail, l'Ordonnance, dont le projet avait soulevé tant de critiques, a paru au « Journal Officiel ».

Faisons confiance au président et au bureau du Comité départemental de la Seine, pour défendre les intérêts et la dignité de notre profession.

Recrutement de cent médecins et d'infirmières par l'U. N. R. R. A.

Le Conseil des médecins de la Seine communique l'avis suivant :

Le Ministère de la Santé Publique demande des médecins et des infirmières pour entrer au service de l'U. N. R. R. A. (United Nations Relief and Rehabilitation Administration). Cet organisme international, auquel la France a adhéré, s'est donné pour mission de prendre en charge, en Allemagne, l'ensemble des déportés, à quelque nationalité qu'ils appartiennent.

I. — Cent médecins sont nécessaires :

a) 40 ou 50 ayant une certaine expérience de l'hygiène et de la médecine des collectivités, seront chefs de secteur et contrôleront le fonctionnement des hôpitaux. Traitement annuel : £ 1.000 à 1.300 ;

b) 30 à 40 médecins, placés sous l'autorité des précédents, assureront le service des Centres d'accueil ;

c) 30 femmes médecins seront affectées au service des femmes déportées et des enfants.

Le traitement des deux dernières catégories variera de £ 650 à 800.

II. — Infirmières : 50 sont nécessaires. Traitement entre £ 400 et 600. Pour les aide-infirmières, £ 250 à 300.

Outre leur traitement, les médecins et infirmières de l'U. N. R. R. A. percevront :

1° Un uniforme gratuit ;

2° Une prime de £ 50 à titre de première mise d'équipement. Les achats seront effectués dans les coopératives des armées alliées ;

3° Au cours de leur séjour dans la zone des armées et en Allemagne, une indemnité permettant d'assurer la vie matérielle;

4° Ils bénéficieront d'une assurance-vie.

Conditions exigées : Les médecins et infirmières doivent souscrire un engagement d'un an au minimum, être en bonne santé et être acceptés par le Service de Santé militaire.

Adresser les candidatures au Ministère de la Santé Publique, 7, rue de Tilsitt, service de l'Inspection générale.

OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE

PANCRÉPATINE LALEUF

CAPSULES GLUTINISÉES

DIABÈTE

6 A 12 CAPSULES PAR JOUR
(AU COURS DES REPAS)
SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
51, RUE NICOLO, PARIS-XVI°

SPASMES

DU TUBE DIGESTIF
DES VOIES BILIAIRES
DE TOUS LES ORGANES
A MUSCULATURE LISSE

TRASENTINE

NOM DÉPOSÉ
CIBA

ANTISPASMODIQUE DE SYNTHÈSE
D'ACTION PHYSIOLOGIQUE TOTALE
(VOIE NERVEUSE et VOIE MUSCULAIRE)

Spasmes
gastriques et pyloriques
Ulcus _ Entéralgies

Coliques hépatiques
≡ Cholécystites ≡

Coliques néphrétiques
Spasmes urétro-vésicaux _ Hypertonie utérine

DRAGÉES
1à2 dragées
2à3 fois par jour

SUPPOSITOIRES
1à2 suppositoires
par jour

LABORATOIRES CIBA _ Dr P. DENOYEL
103 à 117, Boulevard de la Part-Dieu _ LYON

TRAITEMENT DES SYNDRÔMES ALLERGIQUES

ANTERGAN

2339 R.P.

Anti-histaminique de synthèse

Dragées dosées à 0.g.10 (TUBES DE 50)

ANTERGAN INFANTILE

Dragées de petit module dosées à 0g.05 (TUBES DE 50)

— POSOLOGIE —

Nourrissons : 0g15 par jour. | *Au-dessus de 5 ans : 0g30 à 0g60*
jusqu'à 5 ans : 0g15 à 0g30. | *Adultes : 0g.40 à 0g.80*

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA S.A. MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS-8°



Laboratoires J. LAROZE _ 54, rue de Paris _ Charenton (Seine)



LE MÉTABOLISME DU CHOLESTEROL CHEZ L'INDIVIDU NORMAL

a) Rôle du foie et des capsules surrénales ;

b) Limites des variations spontanées de la cholestérolémie ;

c) Absence d'effet hypercholestérolémiant de l'acétate de desoxycorticostérone chez l'individu sain.

Par MM. Max Fourestier et Pierre Gérard (Paris)

Le cholestérol (1) est un lipide non phosphoré, composé non saturé, possédant une fonction alcool (CHOH) et répondant à la formule globale $C^{27} H^{46} O$. (2) Cette fonction alcool secondaire peut être estérifiée par des acides gras non saturés (acide oléique, acide palmitique), et dans le plasma sanguin cette forme estérifiée représente les 2/3 de la totalité du cholestérol. Pour un chiffre de cholestérol total sérique normal de 1 gr. 60 à 1 gr. 80, les chiffres du cholestérol estérifié sont respectivement de 0 gr. 90 à 1 gr. 20 et le rapport : $\frac{\text{cholestérol estérifié (E)}}{\text{cholestérol total} \quad \text{T}}$ s'établit de 0,60 à 0,70.

Dans les hématies, le cholestérol est libre en totalité; son taux est un peu plus faible que celui du sérum sanguin (1 gr. 50) et remarquablement fixé (minimes variations de quelques centigrammes) dans les divers états pathologiques où s'observent par contre de considérables variations du cholestérol sérique. Il n'existe pratiquement pas de mutation cholestéroliques globules-plasma, ou elles sont insignifiantes (G. Laroche et A. Grigaut).

Bien qu'insoluble dans l'eau, le cholestérol se maintient en dissolution (ou mieux en solution colloïdale) dans le sang, la bile et les diverses cellules de l'organisme grâce aux sels biliaires (Moore et Farker), à des combinaisons protéido-lipidiques (Machebœuf) ou des associations dissolvantes (3).

Abondamment répandu dans tous les tissus de l'organisme, il prédomine surtout dans deux organes : le cerveau (30 gr. o/oo) et les capsules surrénales. Le dosage du cholestérol sanguin, sous ses deux formes libre et estérifiée, est devenu un examen courant de laboratoire.

Le plus important des problèmes physiologiques du cholestérol est sans aucun doute celui de son origine et de sa synthèse. L'origine exogène du cholestérol (après avoir été seule admise) ne saurait être niée. Le régime peut faire varier la cholestérolémie. Certains l'augmentent (jaune d'œuf = 20 % de cholestérol). Des animaux soumis à un régime expérimental strictement privé de cholestérol voient leur cholestérolémie s'abaisser, et, ce qui vaut une expérience, Lesure (4) a montré son abaissement chez l'homme dans les conditions du régime actuel. Mais dans ces régimes carencés manquent également les éléments à partir desquels l'organisme, ainsi qu'on le sait depuis les recherches de Minovici (5), construit le squelette cholestérolique. Il semble que l'acide oléique (acide gras non saturé) soit la seule substance capable de donner, au cours de l'effort biologique synthétique, naissance à du cholestérol (6). D'après les travaux modernes, la majorité du cholestérol animal aurait ainsi une origine synthétique par cyclisation d'une chaîne linéaire d'acide gras non saturé, probablement l'acide oléique.

On pourrait, d'après le professeur H. Roger, schématiser ainsi les transformations chimiques donnant naissance au cholestérol :

$$3\ C^{18} H^{34} O^{2} + O = 2\ C^{27} H^{46} O + 5\ H^{2}O$$

Acide oléique — Cholestérol.

Dans cette formule évidemment trop simpliste prendrait place un intermédiaire, vraisemblablement un hydrocarbure non saturé, analogue au squalène qui existe dans le foie des mammifères (7).

Rôle prépondérant du foie dans la formation du cholestérol.

Après hépatectomie (Franke et Malczynski), la teneur du sang en cholestérol diminue progressivement. D'après Maranon, Collazo, Torres et Roda, l'administration d'extraits hépatiques entraîne une hypercholestérolémie. Ce serait une enzyme, « une estérase », qui maintiendrait l'équilibre du cholestérol libre et estérifié si remarquablement constant à l'état physiologique, agissant, de façon réversible, soit pour estérifier le cholestérol libre, soit pour hydrolyser les esters. Cette estérase a très crtainement une origine hépatique, car dans les expériences d'hépatectomie totale et partielle, dans les agressions toxiques expérimentales, la diminution de la cholestérolémie est due surtout à la chute du taux des esters au point qu'en pathologie hépatique la diminution du rapport : $\frac{\text{Cholestérol estérifié}}{\text{Cholestérol total}}$ a été proposée comme un des meilleurs tests de l'insuffisance hépatique (8), c'est-à-dire de souffrance de la cellule hépatique.

Expérimentalement et cliniquement, l'obstruction des voies biliaires provoque une augmentation globale de la cholestérolémie, la fraction estérifiée augmentant un peu moins vite, ce qui explique que le rapport $\frac{\text{Ch. E.}}{\text{Ch. T.}}$ diminue souvent légèrement. Mais si l'obstruction persiste, si la cellule hépatique souffre, le cholestérol estérifié s'abaisse considérablement, et ici encore l'abaissement du rapport $\frac{\text{Ch. E.}}{\text{Ch. T.}}$ traduit la période d'insuffisance hépatique de la phase terminale des ictères par rétention.

Le cholestérol chez l'homme s'élimine presque exclusivement (9) par le foie. Il est évacué par la bile et son excrétion varie de 0 gr. 60 à 0 gr. 90 par 24 heures. Cette élimination ne se produit pas par un phénomène de concentration puisque le taux de cholestérol dans la bile hépatique (0 gr. 60 o/oo) est inférieur à celui du sang. Une partie est attaquée par les microbes et éliminée par les matières fécales à l'état de dyshydrocholestérol. L'autre partie de ce cholestérol intestinal résorbé au niveau de la muqueuse est ramenée au foie qui l'emmagasine : il existe donc un véritable cycle entéro-hépatique comme pour la bilirubine (in H. Roger, loc. cit.).

Rôle possible des capsules surrénales dans le métabolisme du cholestérol.

Cette cyclisation de l'acide oléique qui aboutit au cholestérol paraît pouvoir se faire dans d'autres organes que le foie : la rate (Abelous et Soula), le poumon (Leites) [où se produirait aussi la destruction du cholestérol (Minovici)], les glandes endocrines, thyroïde et surrénales surtout.

Nous voudrions insister ici tout particulièrement sur les raisons, tant cliniques qu'expérimentales, et aussi d'autres plus théoriques, qui permettent d'attribuer aux glandes surrénales un rôle dans le métabolisme endogène du cholestérol et plus généralement des lipides.

1° La surrénale est avec le cerveau l'un des organes les plus riches en cholestérol.

2° Il est tout particulièrement intéressant de constater les parentés chimiques du cholestérol et de la cortine de synthèse. La cortine et le cholestérol, comme d'autres substances — et il est curieux de noter ces parentés de morphologie moléculaire — : les stérols animaux et végétaux (Vitamine D), certains alcaloïdes,

---

(1) Le cholestérol a été découvert en 1775 par Conradi et dénommé cholestérine par Chevreul en 1825. Flint, en 1862, précise que la cholestérine est excrétée par le foie dans la bile et établit une analogie (fausse) entre le rôle du cholestérol dans les affections hépatiques et celui de l'urée dans les maladies des reins. L'amélioratoin des techniques de laboratoire permit une plus juste appréciation du rôle du cholestérol en pathologie. Hurthle, en 1895, montre que dans le sang le cholestérol existe en partie seulement sous sa forme libre et que la plus grosse part se trouve à l'état d'esters. C'est à Chauffard et à son école qu'on doit, en France, les premières recherches systématiques sur la cholestérolémie.

(2) Voir plus loin la formule développée probable.

(3) Villaret et Justin-Besançon font intervenir le processus d'« hydrotopie », mécanisme invoqué pour expliquer la dissolution des corps insolubles sous l'influence de certaines autres substances comme dans l'exemple bien connu de la caféine solubilisée par le benzoate de soude (in Roger, Traité de Physiologie).

(4) Lesure (Soc. Pharmac. Paris. Séance du 29 juillet 1942).

(5) S. Minovici. — Contribution à l'étude de l'origine du cholestérol dans l'organisme animal (Soc. de Chimie biologique, 1935, t. XVII, p. 369).

(6) Il ressort d'expériences faites sur la levure de bière que les glucides peuvent aussi donner naissance au cholestérol. Cette évolution exige une transformation préalable des glucides en lipides (H. Roger).

(7) Channon, en administrant du squalène à des rats pendant 21 jours, a vu le cholestérol s'accroître de 30 % dans le foie (in H. Roger et L. Binet, Traité de Physiologie, 1939, Masson, édit., tome III, p. 108-119).

(8) Voir à ce sujet la thèse très documentée de D. Fauvert : Le cholestérol estérifié, test d'insuffisance cellulaire du foie (Thèse, Paris, 1942).

(9) Au niveau de la cellule hépatique, une partie du cholestérol passe à l'état d'acides tauro ou glycocholiques. Une autre excrétion se fait en nature (ou à l'état d'esters) par la peau, dans les sécrétions sébacées, etc. La fonction cholestérolytique du poumon n'est pas négligeable (Abelous et Soula).

les acides biliaires, les hormones génitales, la vitamine E, etc..., se rattachent à un isomère de l'anthracène, le phénantrène ($C^{14}H^{10}$) retirés tous deux des produits de distillation du goudron de houille. Voici, d'après H. Roger, les formules chimiques développées du cholestérol et de la cortine dans lesquelles est bien précisé le carbure saturé fondamental : le cyclopentanoperhydrophenentrène ou stérane, dont toutes ces substances apparentées au cholestérol dérivent plus ou moins directement.

Cholestérol ($C^{27}H^{46}O$). Cortine ($C^{21}H^{30}O^{4}$).

Certes, de ces parentés structurales on ne saurait déduire les mêmes dérivations métaboliques, mais que le même noyau fondamental se retrouve dans le cholestérol et dans l'hormone corticosurrénale par excellence laisse néanmoins supposer — *a priori* — une possibilité d'action des capsules surrénales sur le métabolisme du cholestérol; d'autant plus que d'autres arguments compensent largement ce qu'a d'un peu trop finaliste peut-être le simple rapprochement d'identités morpho-chimiques.

3° L'école de Chauffard (Grigaut-G. Laroche notamment) a bien montré que, d'une façon générale, l'hypofonctionnement des surrénales s'accompagnait d'hypocholestérolémie (l'abaissement du cholestérol est par exemple un des tests biologiques de la maladie d'Addison — G. Maranon (10), Bernardt et Simpson (11) — et surtout que dans l'hyperfonctionnement on trouve constamment l'hypercholestérolémie. La glande paraît fonctionner d'autant plus activement que l'organisme a davantage besoin de lipides, et ce parallélisme ne cadre pas avec la notion d'une simple mise en réserve comme le pensent Aschoff et ses élèves.

Nous trouvons une preuve supplémentaire bien qu'indirecte de l'action du cortex surrénal sur le métabolisme du cholestérol dans l'augmentation de cette substance, constante et depuis longtemps reconnue, pendant la grossesse jusqu'à l'accouchement. L'hypercholestérolémie atteint très fréquemment 2 gr. à 2 gr. 50. Après l'expulsion du fœtus, la cholestérolémie avec quelques oscillations diminue et retrouve son taux primitif vers le onzième jour après les couches (G. Laroche et Grigaut (11 *bis*). Or l'hypertrophie surrénalienne est considérable pendant toute cette période de la vie féminine : de même qu'il y a hyperadrénalinémie durant la grossesse, il y a hypercotinémie, et la cholestérolémie pourrait presque la mesurer.

5° Avec des extraits cortico-surrénaux, très frais, de moins de 15 jours, Maranon, Collazo, Roda et Torres (12) ont constaté une augmentation de la cholestérinémie tant chez l'animal normal que surrénalectomisé, et chez l'homme sain comme chez l'addisonien.

Après l'injection de 15 cmc. d'hormone corticale fraîche, la variation moyenne de la cholestérolémie sur la quantité initiale était chez le chien de + 0,43. Chez un addisonien, le taux de cholestérine du sang passe de 1 gr. 19 à 1 gr. 41 au bout de 120 minutes.

6° Maranon et ses collaborateurs ont encore constaté que l'injection de l'hormone corticale chez l'homme et chez le chien avec fistule biliaire augmente l'élimination de la cholestérine par la bile (+ 79 mgr. % chez l'homme, + 11 mgr. % chez le chien). Enfin l'injection de l'hormone corticale, prolongée pendant plusieurs jours, produit une augmentation de la cholestérine dans les glandes surrénales et dans le cerveau, et une diminution dans le foie et dans la rate. Ainsi, même si la corticale surrénale n'est pas un lieu de formation du cholestérol, il semble qu'elle intervienne dans le métabolisme endogène de ce corps en mobilisant la cholestérine de certains organes vers d'autres suivant un plan fixe difficile à interpréter d'ailleurs. (G. Maranon, loc. cit.).

7° Une expérience de Dobreff (13) et ses collaborateurs est intéressante à signaler non seulement parce qu'elle précise encore l'action de la cortico-surrénale sur le métabolisme du cholestérol, mais parce qu'elle montre une analogie particulièrement curieuse entre cortico- et médullo-surrénale : pendant les émotions intenses, il y a augmentation de la cholestérolémie comme il y a décharge d'adrénaline révélée par l'hyperglycémie.

8° Porak et Quinquaud (cités par A. Tournade, in Traité de Physiologie, H. Roger et L. Binet, tome IV, p. 1144), dosant le cholestérol dans le sang veineux capsulaire, ont reconnu qu'il augmente après injection de saponine (mais non après excitation du splanchnique). Les chiens et les lapins, objets d'une telle injection, présentent d'ailleurs une réaction de leur corticosurrénale caractérisée par « l'amaigrissement des spongiocytes et la présence dans les capillaires de boules lipoïdes ». Après décapsulation unilatérale, le taux de la cholestérolémie du chien opéré reste d'abord sans changement pendant trois ou quatre jours, puis augmente au point d'atteindre, la seconde semaine, le double ou le triple de sa valeur initiale ; enfin il revient à la normale vers le vingtième jour. Il s'agit là, vraisemblablement, d'une réaction compensatrice qui passe la mesure et qui doit être imputée à la surrénale épargnée : celle-ci, en effet, offre dans le même temps, au niveau de son cortex, les caractères cytologiques d'une hyperactivité secrétoire (Troisier et Grigaut cités par A. Tournade).

Il semble donc prouvé actuellement qu'à côté du foie les surrénales ont une action sur le métabolisme du cholestérol. (14) L'intervention surrénalienne (hormonale) peut être directe comme elle se produit, selon Beizlar, dans la synthèse des esters phosphorylés, ou indirecte par action stimulante sur les cellules « fabriquant » le cholestérol. Ceci ne préjuge d'ailleurs pas du siège des réactions de formation : dans le tissu surrénalien lui-même ou dans tout autre foyer auquel l'hormone cortico-surrénale parvient par le courant circulatoire. Si on ne veut reconnaître aux surrénales qu'un rôle de stockage, il est de même impossible de préciser si l'hormone augmente la concentration cholestérolique dans certains organes au détriment de certains autres (expériences de Maranon) ou, au contraire, ouvre largement les portes de magasins déjà riches en cholestérol.

Au sujet de l'effet hypercholestérolémiant de l'hormone corticosurrénale (tout au moins celle obtenue par extraction selon la technique de Swingle et Pfiffner, il faut reconnaître que l'accord des expérimentateurs n'est pas unanime. Notamment, Thadéa (15) et Medvei ne l'ont pas retrouvée dans leurs recherches. On a objecté l'utilisation de cortines inactives soit du fait du vieillissement, soit par leur mode de préparation. Avec l'acétate de désoxycorticostérone nous possédons actuellement une cortine de synthèse dont la constitution chimique parfaitement connue et les échantillons toujours identiques doivent permettre une expérimentation idéale. C'est ce que nous avons fait tant chez l'individu normal que dans divers états pathologiques. Pour mieux saisir toutes les possibilités expérimentales nous avons cru nécessaire de préciser tout d'abord par de nombreux dosages les limites des variations spontanées de la cholestérolémie chez l'homme sain.

Limites des variations spontanées de la cholestérolémie chez le sujet normal.

Le taux du cholestérol sanguin n'est pas constant de la naissance à la mort. Il existe une courbe très nette de la cholestérolémie plasmatique en fonction de l'âge. Compris entre 0 gr. 80 et 1 gr. à la naissance, le taux moyen de la cholestérolémie est de 1 gr. 30 chez l'enfant, pour atteindre 1 gr. 60 à 1 gr. 80 chez l'adulte jeune; il s'élève ensuite encore et, à partir de 40 ans, surtout chez les citadins et les sédentaires, les chiffres voisins de 2 gr. 50 sont fréquents (G. Laroche et A. Grigaut). La cholestérolémie s'abaisse chez le vieillard où on note le plus souvent un taux inférieur à 2 gr. (P. Brodin et A. Aubin).

Une alimentation riche en lipides se répercute sur le taux de la cholestérolémie, mais cette action ne se manifeste qu'après des semaines, des mois. Des dosages pratiqués à quelques jours d'intervalle montrent toujours un taux stable de cholestérolémie.

Par contre, chez la femme, il existe indiscutablement pendant le cycle menstruel des variations de la cholestérolémie que des dosages quotidiens arrivent à préciser (Gonalons, de Buenos-Ayres,

(10) G. Maranon. — Sur quelques problèmes de physio-pathologie surrénale (*La Presse Médicale*, n° 52, 30 juin 1937, p. 974).

(11) Bernardt et Simpson (Klin. Woch., 1932, 2.009).

(11 *bis*) G. Laroche et A. Grigaut. — Nos connaissances actuelles sur la cholestérolémie et sa signification clinique (*Revue de Médecine*, n° IV, avril 1937, pp. 225-235).

(12) G. Maranon, Collazo, Roda et Torres (*Annales de Méd.*, 1933, 2, 963).

(13) Dobreff, Peneff et Wittower (*Zeit. f. die g. exp. Med.*, 1936, 98, 428).

(14) Le rôle du poumon dans le métabolisme du cholestérol, pour être moins précisé, paraît cependant indiscutable. Ses fonctions cholestérogénique (Mayer et Schœffer) et cholestérolytique (Abelous et Soula, Roger et Binet) concourent au parfait équilibre physiologique de la cholestérolémie. La rate intervient aussi dans ce métabolisme. Abelous et Soula, Minovici (cités par H. Roger) ont montré que dans des morceaux de rate laissés à l'étuve pendant 10 à 20 jours, la teneur du cholestérol monte de 2,5 o/oo à 3,44. Foie, surrénales, poumons et rate représentent certainement les centres essentiels au métabolisme du cholestérol.

(15) Thadea (*Die Nebennierenrinde*, Leipzig, 1936).

cité par G. Laroche et A. Grigaut). Le taux s'élève cinq à sept jours avant l'apparition des règles, puis redescend en quelques jours à la normale, pour s'élever à nouveau dans les jours qui précèdent l'écoulement sanguin. Les modifications de la cholestérolémie sont peut-être en rapport avec l'action de la cortico-surrénale dans le cycle œstral.

Pautchensky et Glaukenky (16) auraient noté chez l'animal des variations rythmiques quotidiennes à maxima presque doubles des minima.

Nous-mêmes avons entrepris une telle expérimentation chez l'homme sain (17). Les dosages ont été effectués trois fois dans la journée, à 8 h., à midi (avant le repas), à 16 h., chez le même individu (37 ans), pendant quatre jours.

17 juillet 1943 : cholestérol total : à 8 h. : 1,70
à midi : 1,60
à 16 h. : 1,55

19 juillet	21 juillet	23 juillet
1,70	1,60	1,55
1,50	1,55	1,50
1,50	1,55	1,50

L'influence du repas de midi est donc nulle sur le rythme diurne de la cholestérolémie.

Chez trois autres sujets, nous avons dosé le cholestérol total, tous les deux ou trois jours, le matin à jeun, pendant une période de temps plus ou moins longue, le régime alimentaire étant celui de l'hôpital. L'état de santé chez ces trois sujets était on ne peut plus satisfaisant, puisqu'ils n'étaient à l'hôpital que pour éviter une déportation lointaine...

Chez le premier (20 ans), du 29 mars 1943 au 28 avril 1943, 14 dosages de cholestérol total donnèrent les chiffres max. et min. de 2 gr. et 1 gr. 75, soit un écart de 0 gr. 25 pour une cholestérolémie moyenne de 1 gr. 82.

Chez le deuxième (38 ans), du 29 mars au 15 avril 1943, 8 dosages donnent pour chiffres max. et min. 2 gr. 10 et 1 gr. 80 (écart : 0 gr. 30) pour une cholestérolémie moyenne de 1 gr. 87.

Chez le troisième enfin, du 29 mars au 13 avril 1943, 8 dosages donnent pour chiffres max. et min. 1 gr. 75 et 1 gr. 60, soit un écart de 0 gr. 15 pour une cholestérolémie moyenne de 1 gr. 68.

Ainsi donc la limite des variations spontanées de la cholestérolémie chez l'individu sain n'excède pas 0 gr. 30, ces écarts traduisant autant les variations spontanées réelles que l'approximation relative des dosages pourtant conduits avec toute la rigueur nécessaire. Notons que l'écart entre les chiffres minima et maxima observés est peut-être d'autant plus grand que la moyenne des dosages de cholestérol est plus élevée. Ainsi, pour un écart de 0 gr. 15, la moyenne est de 1 gr. 68; pour un écart de 0 gr. 25, elle est de 1 gr. 82, et pour un écart maximum de 0 gr. 30 nous trouvons le chiffre de 1 gr. 87. En d'autres termes, l'écart entre plusieurs dosages est moins grand quand les chiffres de cholestérolémie sont relativement bas.

Nous retenons donc de notre étude que la prise de sang étant pratiquée le matin à jeun, le dosage immédiatement réalisé et avec toute la rigueur nécessaire, il faut tenir compte d'une marge de variations de 0 gr. 30 pour pouvoir apprécier justement l'action d'une substance introduite dans l'organisme dans le but de modifier la cholestérolémie. En outre, la date du cycle menstruel chez la femme doit être précisée : l'examen doit être fait dans les jours qui suivent la fin des règles.

Absence d'effet hypercholestérolémiant des injections d'acétate de désoxycorticostérone chez l'homme sain.

Les travaux de Maranon, Collazo, Roda et Torres, de Bernardt et Stimpson remontent déjà à quelques années, avant l'apparition des cortines de synthèse. Nous avons dit par ailleurs que Thadéa et Medvei, utilisant comme Maranon des cortines d'extraction, n'avaient pas retrouvé l'effet hypercholestérolémiant de l'hormone cortico-surrénale. Nous avons donc, chez l'individu normal, repris ces expériences en utilisant une cortine de synthèse. Des injections répétées, intra-musculaires, d'acétate de désoxycorticostérone, à la dose de 5 ou 10 mgr., en séries de 10 à 12 injections, sont-elles capables d'augmenter le taux de la cholestérolémie chez l'homme apparemment sain et dont le taux du cholestérol sanguin oscille autour des chiffres normaux de 1 gr. 60 à 1 gr. 80 ?

Sujet A, 40 ans, T. Art. : 14-7.

Dans une première phase de l'expérience, nous avons noté, du 29 mars 1943 au 28 avril, le taux quotidien de la cholestérolémie qui a oscillé de 2 gr. à 1 gr. 70, soit un écart de 0 gr. 30, que des expériences précédentes nous avaient fait reconnaître comme normal (moyenne de la cholestérolémie : 1 gr. 82). Dans une deuxième phase, du 7 mai au 14 mai 1943, le sujet reçoit chaque jour une injection de 10 mgr. d'acétate de désoxycorticostérone. (A noter que le poids augmente très rapidement de 51 kg. à 56 kg. 500 sans que l'œdème soit apparent.) Une nouvelle série de dosages presque quotidiens (9 au total), après ces 80 mgr. d'acétate de désoxycorticostérone, donne les chiffres suivants : 2 gr. 15, 2 gr. 20, 1 gr. 90, 1 gr. 85, 1 gr. 80, 1 gr. 85, 1 gr. 50, 1 gr. 80, 1 gr. 80, soit une moyenne de 1 gr. 87.

Du 11 juin 1943 au 5 juillet 1943, le sujet reçoit tous les deux jours 10 mgr. d'acétate de désoxycorticostérone, les dosages du cholestérol étant pratiqués les jours intercalaires. Voici toute la série des dosages du cholestérol total : 2 gr. 10, 1 gr. 85, 1 gr. 70, 1 gr. 65, 1 gr. 70, 1 gr. 85, 2 gr. 05, 1 gr. 70, soit une moyenne de 1 gr. 81. (Le poids est passé du début à la fin de l'expérience de 52 kg. à 58 kg.)

Sujet B, 38 ans, T. Art. : 13-9.

Du 29 mars 1943 au 15 avril 1943, 8 dosages du cholestérol total donnent : 2 gr. 10, 2 gr., 1 gr. 80, 2 gr. 10, 2 gr. 15, 1 gr. 85, 2 gr. 10, 2 gr. 05, soit une moyenne de 2 gr. 01.

Du 16 avril 1943 au 18 mai 1943, injection tous les deux jours de 10 mgr. d'acétate de désoxycorticostérone, soit au total 120 mgr. (cent vingt).

Du 19 mai 1943 au 4 juin 1943, nouvelle série de dosages du cholestérol total : 2 gr., 2 gr., 1 gr. 85, 1 gr. 85, 1 gr. 75, 1 gr. 75, 1 gr. 70, 2 gr. 15, soit une moyenne de 1 gr. 88.

Sujet C, 37 ans, T. Art. : 13-8.

Variations spontanées diurnes de la cholestérolémie (cholestérol total). Les dosages, chaque jour, ont été effectués à 8 h., midi et 16 h. Voici le détail, pour chacun des jours d'expérience, des prélèvements horaires ainsi effectués :

17 juillet 1943 : 1 gr. 70, 1 gr. 60, 1 gr. 55. 19 juillet : 1 gr. 70, 1 gr. 50, 1 gr. 50. 21 juillet : 1 gr. 60, 1 gr. 55, 1 gr. 55. 25 juillet : 1 gr. 55, 1 gr. 50, 1 gr. 50. (Ecart maximum 0 gr. 20, moyenne 1 gr. 56).

Deuxième phase de l'expérience : injection de 10 mgr. d'acétate de désoxycorticostérone à 9 heures du matin. 27 juillet 1943 : 1 gr. 55, 1 gr. 60, 1 gr. 40. 29 juillet 1943 : 1 gr. 70, 1 gr. 55, 1 gr. 70. 31 juillet 1943 : 1 gr. 70, 1 gr. 70, 1 gr. 70. 2 août 1943 : 1 gr. 75, 1 gr. 65, 1 gr. 75. 4 août 1943 : 1 gr. 75, 1 gr. 80, 1 gr. 70.

Sujet D, 20 ans, T. Art. : 13-9.

Comme chez le sujet précédent, les injections d'acétate de désoxycorticostérone ont été pratiquées chaque jour à 9 h. et les dosages quotidiens, pratiqués à 8 h., midi et 16 h. 22 juin 1943 : 1 gr. 55, 1 gr. 25, 1 gr. 45. 23 juin : 1 gr. 65, 1 gr. 40, 1 gr. 50. 24 juin : 1 gr. 60, 1 gr. 50, 1 gr. 55. 25 juin : 1 gr. 60, 1 gr. 25, 1 gr. 35. 26 juin : 1 gr. 50, 1 gr. 25, 1 gr. 45. 27 juin : 1 gr. 55, 1 gr. 30, 1 gr. 35.

Ainsi, chez les sujets normaux, des hommes adultes, les injections d'acétate de désoxycorticostérone n'ont eu aucune action sur la cholestérolémie. Quel qu'ait été le protocole d'expérimentation, la cholestérolémie n'a pas varié (augmenté) hors des limites des variations spontanées (0 gr. 30) que nous avions fixées précédemment. Que l'hormone cortico-surrénale de synthèse ait été injectée quotidiennement à la dose de 10 mgr. pendant 8 à 15 jours et le cholestérol dosé à la fin de la série d'injections, ou qu'elle ait été injectée le jour même du dosage de la cholestérolémie (dosage pratiqué avant et après l'introduction parentérale de l'acétate de désoxycorticostérone), jamais, après plusieurs jours d'expérimentation et de dosages quotidiens et parfois même triquotidiens, nous n'avons observé une augmentation du cholestérol sanguin. L'action de l'hormone cortico-surrénale est attestée chez tous ces sujets par l'accroissement rapide du poids, qui revient au chiffre initial dès cessation des injections, augmentation pondérale due certainement à la rétention tissulaire d'eau qui ne s'est pourtant pas extériorisée cliniquement par l'apparition d'œdème. Cette action de l'hormone cortico-surrénale de synthèse sur le métabolisme de l'eau est actuellement bien connue, à tel point qu'elle constitue un danger dans une hormonothérapie cortico-surrénalienne non conduite avec toute la rigueur nécessaire.

C'est avec ces deux notions bien établies des limites des variations spontanées de la cholestérolémie chez l'individu normal et de l'absence d'effet hypercholestérolémiant chez ces mêmes sujets cliniquement indemnes de toute tare pathologique que nous avons entrepris une troisième série de recherches : action de l'acétate de désoxycorticostérone sur la cholestérolémie du tuberculeux, qui fera l'objet d'un autre travail à paraître prochainement dans ces colonnes.

---

(16) Pautchensky et Glaukenky (*Bull. Soc. Chim. Biol.*, 1935, t. 17, p. 1236).

(17) Pour le dosage du cholestérol total, nous avons suivi la technique de Grigaut, méthode colorimétrique par la réaction de Lieberman à l'anhydride acétique et l'acide sulfurique. Certes, la technique de Grigaut ne donne pas une précision absolue, mais dans les conditions qui furent celles de notre expérimentation (le même opérateur a réalisé tous les dosages) la même erreur relative, si elle s'est produite, a dû se répéter dans tous les examens qui sont donc tous comparables.

ACTUALITÉS

LA PÉNICILLINE DANS LA PRATIQUE BRITANNIQUE

Par R. Levent

Dans plusieurs conférences le Dr Garrod, professeur de bactériologie à l'Université de Londres et médecin de Saint-Bartholomew's Hospital, vient d'apporter à un public français nombreux et attentif un utile complément à des notions encore fragmentaires (1).

Quant aux indications et à la posologie, le professeur Garrod possède une haute compétence clinique ; comme membre du Conseil de la Pénicilline depuis sa constitution, il est de plus un de ceux à qui incombe de juger — et parfois non sans angoisse — des opportunités, et d'accorder ou refuser le médicament lui-même.

Dans une prochaine étude nous reviendrons sur l'importance que prend le laboratoire dans la conduite du traitement.

La culture, qui est toujours le seul mode d'obtention de la pénicilline, se pratique actuellement à l'échelle industrielle et selon une technique très précise, où l'asepsie rigoureuse est de première importance. Sur un milieu approprié maintenu 8 à 9 jours à 25°, le P. notatum donne une végétation abondante que l'on sépare aseptiquement du milieu liquide. Evaporé et concentré à froid à plusieurs reprises, celui-ci fournit en quantité très faible, la substance active.

C'est un acide organique très instable dont on emploie les sels de Na ou de Ca, moins fragiles et aisément solubles dans l'eau. On titre la solution par des procédés bactériologiques sur lesquels nous reviendrons ; le produit à usage médical titre habituellement 1.660 unités-Oxford pour un milligramme de poudre. Très fragile, elle ne se conserve bien qu'au frigidaire.

La chaleur et l'humidité la décomposent (stérilisation impossible par les procédés courants). Elle est sensible aux acides, aux alcalis, aux oxydants et aux dégagements chlorés, à l'alcool, aux métaux lourds et à leurs sels. De même aux contaminations bactériennes. Il y a des germes pénicillo-résistants (groupe du coli) ; certains autres (subtilis) produisent un enzyme (pénicillinase) qui la détruit.

Afin de pouvoir la fournir à discrétion à l'armée, on a jusqu'ici très parcimonieusement distribué la P. à la population civile. Jusqu'à la fin de la guerre, la pratique privée en Angleterre en est absolument privée ; les hôpitaux, au contraire, reçoivent une dotation, mais dont l'emploi est réglé par un « Codex » particulier qu'ont établi l'Université d'Oxford et quatre centres (dont le Saint-Bartholomew's Hospital) dépendant du Medical Research Council. En pratique civile, la P. est réservée aux seules affections reconnues sensibles à son action et à condition qu'aucune autre méthode ne puisse sauver la vie du malade.

L'*indication principale* se rencontre dans les infections graves à staphylocoque, la thrombose des sinus, les septicémies ; ensuite viennent les infections à streptocoque hémolytique et à pneumocoque, mais seulement après échec des sulfamides ; également la gangrène gazeuse, si elle résiste aux sulfamides et est sensible à la P.

Si la disponibilité en P. est grande, on peut s'en servir dans les infections septiques après blessures ou brûlures, celles de l'œil, les pleurésies purulentes, les actinomycoses. Les suppurations cavitaires, surtout des cavités naturelles (plèvre, cavité arachnoïdienne, articulations) sont des succès en puissance, quand on peut leur appliquer la méthode. Sans incision, mais après simple ponction évacuatrice et injection intracavitaire, elles conservent la P. à une concentration d'autant plus élevée et durable qu'elles sont plus encapsulées. Garrod l'a employée dans l'angine de Ludwig, dans les angines à streptocoque hémolytique. Mac Gregor, dans les infections bucco-pharyngées d'origine dentaire, les angines et gingivites à fuso-spirilles, les fractures ouvertes du maxillaire. Bien que les simples porteurs de germes demeurent infectés, les diphtéries confirmées guérissent rapidement.

La sensibilité du gonocoque ne fait pas de question, mais cette indication purement vénéréologique ne saurait être retenue pour le moment. Il en est de même, en milieu britannique, pour la syphilis, et d'autant plus que les énormes doses nécessaires n'ont pas toujours raison d'une syphilis secondaire.

Sont exclus : cancer, leucémies, affections d'étiologie inconnue, rhumatisme franc, endocardite d'Osler, infections intestinales.

On connaît encore mal en France ce qui touche à la pratique de guerre. Les documents du professeur Garrod, les remarquables films qu'il a présentés relèguent pour toujours parmi les souvenirs les conquêtes de la méthode de Carrel et les bienfaits de la solution de Dakin de la précédente « dernière ». Avec quelques analogies de technique (irrigation discontinue), il y a des différences notables : innocuité entière pour les tissus, action plus rapide et plus parfaite. Lors de la campagne de Sicile, lorsque la P. fit ses débuts, on fut contraint, pour des raisons de transport, à un emploi retardé (4e jour). Actuellement, le traitement proprement dit est précédé d'un premier pansement à la P. Pour le débarquement, on pratiqua même des injections préventives.

Le premier pansement comprend un poudrage assez généreux, mais auquel suffit pourtant le dixième de ce qu'il faudrait donner par voie générale.

A l'hôpital de base on pratique l'habituel nettoyage chirurgical de la plaie, qui est ensuite abondamment poudrée et suturée. Dans la plaie on laisse à demeure des tubes qui permettront deux fois par jour, en général, des instillations de P. dans la plaie, 1 à 2 cmc. par tube. Le résultat est rapide ; en 5 à 8 jours on peut supprimer les tubes et se contenter de poudrage.

Pour une plaie infectée ou un moignon non suturable, on agit de même, remplaçant à l'occasion la poudre par une pommade, on place des tubes et pose un pansement occlusif (pansement à la paraffine de la pratique russe). Les examens bactériologiques systématiques montrent bientôt une plaie apte à la suture secondaire. En 3 à 5 semaines, les plaies des parties molles ont une cicatrice solide et les fonctions motrices commencent à se rétablir. Dans les fractures compliquées, les résultats sont moins rapides et moins brillants.

L'usage médical comporte un examen bactériologique préliminaire et utilise la voie parentérale le plus souvent. Les sucs digestifs en effet détruisent la plus grande partie, sinon la totalité, de la P. ingérée.

La voie intraveineuse provoque habituellement de la sclérose vasculaire ; la voie intramusculaire est préférable.

L'élimination de la P. est rapide (3 heures pour 20.000 unités), il importe de maintenir la concentration utile en répétant les injections toutes les trois heures, jour et nuit ; ou mieux, moyennant un personnel bien instruit, en pratiquant une perfusion intramusculaire. Un goutte-à-goutte assez aisé à régler permet de donner 100.000 unités en 24 heures, de façon continue ou discontinue *ad libitum*. Mais cette voie nécessite une dose décuple de ce que nécessitent pansements ou emploi *in situ*.

Aux heures que nous traversons et devant la pénurie de P. qui règne encore, il n'est pas sans utilité, pour s'encourager à patience, d'avoir sous les yeux le tableau d'équivalence établi par le professeur Garrod.

10.000.000 d'U. O. permettent de traiter :
1 cas d'endocardite maligne ;
10 cas de septicémie staphylococcique ;
1.000 cas de gonococcie ;
2.000 infections septiques (plaies de guerre ou contractées en usine de guerre).

Même en acceptant sans commentaire pour définitives les 60 % de guérisons obtenues dans l'endocardite infectieuse subaiguë, on ne peut, tout en souhaitant que les restrictions s'allègent dans un avenir prochain, qu'approuver pour le temps présent le principe de la préférence systématique à l'égard de la pratique militaire.

(1) Cf. *Gaz. Hôp.*, 1944, p. 249.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

13 *décembre*. — M. Moulonguet. — Sur la maladie de Di Guglielmo ou érythromyélose maligne.

Mlle Xau. — D'un cas de gangrène gazeuse après des injections médicamenteuses.

M. Duvellroy. — A propos d'une épidémie familiale de botulisme.

Mme d'Oblonsky. — De l'oxyurose. Traitement. Les acquisitions récentes. A propos du syndrome de L. Delnay-Milkman.

M. Bureau. — Cor. Hygroma ostéite.

Mlle Eckman. — L'hépato-splénomégalie dans la maladie de Biemer.

M. Thomas-Lamotte. — A propos d'un aliment économiseur de lait. (Suite page 108.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 7 mars 1945

A propos du procès-verbal M. Sorrel rapporte deux cas de **séminomes ovariens opérés** et restés guéris après de nombreuses années.

Paralysie de la ceinture scapulaire dans la poliomyélite. Fixation de l'omoplate aux apophyses épineuses dorsales par fils de soie. — M. Couriadès. — M. Sorrel, rapporteur.

Trois cas d'invagination intestinale chronique chez l'adulte. — M. Olry (de Douai). — M. P. Moulonguet, rapporteur, insiste sur les services rendus par la radiographie pour le diagnostic.

Des blessures occasionnées par l'éclatement des mines. — MM. Curtillet et Hamel rappellent les effets de broiement, d'arrachement dus au souffle lors de l'éclatement. Ils rapportent un cas où ce broiement atteignit tous les muscles de la jambe avec lésions ecchymotiques étendues, désinsertion des muscles ayant nécessité l'amputation de la cuisse.

Quatre cas d'emphysème suffocant suite de plaie pulmonaire traités par large thoracotomie et suture pulmonaire. Guérison. — M. Curtillet montre la production non seulement d'emphysème de la paroi, mais d'emphysème médiastinal par des lésions périphériques du poumon. A l'incision sus-sternale et au drainage il faut préférer la thoracotomie large qui permet la suture de la plaie pulmonaire.

Discussion : M. Robert Monod a pu sauver d'urgence un malade par le drainage sus-sternal.

A propos de nouveaux cas de tétanos post-abortum. — MM. Petit-Dutaillis et Oudard rapportent une observation dans laquelle bien que l'incubation n'ait été que de 48 heures, sans opération, par la sérothérapie combinée avec l'anatoxinothérapie la guérison a été obtenue. Trois cas de Boudreaux, dont deux avec hystérectomie précoce ont succombé.

A propos de deux cas de tétanos post-abortum. — MM. Seillé et Pertuizet ont observé deux nouveaux cas dont l'un survenu après 17 jours d'incubation, traité par curettage et sérothérapie a guéri.

Discussion. — M. J. Quénu se basant sur une statistique de 261 cas montre que l'hystérectomie doit être abandonnée. Le pourcentage le plus élevé de guérisons est obtenu chez les malades non opérés. Il convient de faire un curettage prudent et d'emblée une dose unique de 200.000 unités de sérum suivis d'une vaccination progressive à l'anatoxine.

Un cas d'iléo-colo-rectoplastie. Guérison. — M. Rudler insiste sur les difficultés de l'abouchement de l'anse grêle dans le rectum.

Discussion. — M. J. Quénu sur deux cas, a eu un décès par sphacèle de l'anse invaginée dans le rectum.

SOCIETE MEDICALE DES HÔPITAUX

Séance du 23 février 1945

Anurie au cours d'un érysipèle. Sulfamidothérapie. Guérison. — MM. Lemierre, Morin et Benhaur. — Cas d'une femme de 65 ans entrée à l'hôpital au 6e jour d'un érysipèle serpigineux du tronc et anurique depuis trois jours. Le traitement institué démontre que les néphrites survenant au cours de l'érysipèle, loin de constituer une contre-indication à la sulfamidothérapie imposent d'instituer de suite le traitement qui fait disparaître l'infection cause de la néphrite.

Mononucléose infectieuse avec exanthème rubéoliforme. — MM. Lemierre, Tournier et Michel Rathery. — Jeune fille entre à l'hôpital avec une angine, une adénopathie et un exanthème rubéoliforme. Une splénomégalie palpable dans l'abdomen impose le diagnostic de « mononucléose infectieuse » au cours de laquelle surviennent parfois des exanthèmes rubéoliformes. En l'espèce, la réaction de Paul et Bunnel permet de trancher le diagnostic.

Insuffisance ventriculaire gauche au cours d'un paludisme. — MM. Bru, Israel et Boulard. — Cas d'insuffisance ventriculaire due au paludisme à germe vivax. Le diagnostic n'a été possible qu'après l'administration de l'ouabaïne associée à la quinine, après avoir résisté au salicylate et à la pénicilline.

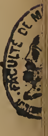
Alvéolite hémorragique ou inondation alvéolaire. — MM. Ameuille et Fauvet croient que les hémorragies pulmonaires d'origine neuro-végétative peuvent exister. Ils citent le cas d'un sujet mort à la suite d'une énervation chirurgicale du plexus carotidien où les capillaires pulmonaires étaient gorgés et les alvéoles inondées de sang. Le malade n'avait présenté aucune hémoptysie avant la mort.

La phlegmatia des tuberculeux pulmonaires. — MM. Ameuille et Combet insistent sur la fréquence de cette complication. Ils en voient l'explication dans les ulcérations anales trouvées souvent à l'autopsie des tuberculeux morts avec une phlegmatia. Ces ulcérations s'associent à des phlébites de voisinage, à la thrombose de l'hémorroïdale moyenne ou des iliaques externes et primitives.

Pneumonie aiguë sévère traitée par la pénicilline. — MM. Israel et Massorat ont traité par la pénicilline une pneumonie aiguë pneumococcique sévère ayant résisté à 10 gr. de sulfadiazine. Brillant résultat. Ils insistent sur la nécessité de prolonger le traitement par des doses réduites, quelque élevées qu'aient été les doses initiales.

Ostéopathie hypertrophiante pneumique de Pierre Marie. — MM. de Sèze et Guegven. — Examen clinique vérifié par la radiographie qui confirma le diagnostic en montrant les images de « périostose engaînante » caractéristiques. La radio pulmonaire fit découvrir une tumeur latente de la base du poumon droit ; tumeur arrondie de la taille d'une pomme. Ce fait peut confirmer la fréquence des affections intrathoraciques en pareil cas.

Séance du 2 mars 1945



Phlébite « occasionnelle » des tuberculeux pulmonaires. — MM. E. Bernard, J. Weil, Méninger. — Observation d'une tuberculeuse chez qui, après le début d'un pneumothorax thérapeutique est survenue une phlébite droite qui a avorté, puis une phlébite gauche qui a revêtu les caractères cliniques d'une phlegmatia typique, fait comparable aux cas où la phlébite est survenue après collapsus du poumon par pneumothorax ou phrénicectomie.

Volumineux abcès fétide du poumon résistant aux sulfamides et guéri par la pénicilline. A l'origine petits kystes multiples. — MM. E. Bernard et J. Weil. — Homme de 46 ans porteur d'un volumineux abcès fétide du poumon droit. Le traitement par la pénicilline put tarir l'expectoration et nettoyer l'image de l'abcès. Injection intra-musculaire toutes les 3 heures, jour et nuit, de 300.000 unités.

Crampe des écrivains et syndrome parkinsonnien. — MM. Hégaen et Baghot admettent dans ce déterminisme de la crampe des écrivains le rôle de perturbations extra-pyramidales lesquelles sont d'origine lésionnelle ou simplement fonctionnelle comme c'est le cas le plus habituel.

Accidents d'acido-cétose salicylée rendant impossible tout traitement salicylé chez une rhumatisante. — MM. Merklen, Sallet et Crosnier insistent sur l'extrême facilité d'apparition d'acidose qui caractérise cette nouvelle observation d'acido-cétose salicylée : la précocité des accidents rendant pratiquement impossible la mise en œuvre du traitement suffisant.

Un nouveau cas d'ictère grave familial du nouveau-né sans érythroblastémie. — MM. R. Clément et S. Godlewski. — Observation d'un nouveau-né mort le 3e jour avec un tableau d'ictère grave. Deux enfants de la même famille étant déjà décédés dans les mêmes conditions. Deux aînés étant bien portants, seul le foie apparut bourré d'érythroblastes typiques.

Agranulocytose aiguë curable, apparue au cours du traitement d'un asthme bronchique par un antihistaminique de synthèse (3339-RP). — MM. Clement et Godlewski. — Observation d'un enfant de 13 ans et demi, asthmatique, qui reçut pendant 15 jours, 0,40 d'antergan, chaque jour. Évolution favorable, accélérée par la transfusion sanguine. Les auteurs discutent le rôle de l'antergan dans la production du syndrome explicable peut-être par la présence du radical benzyl-alumine.

Le diagnostic du rétrécissement aortique calcifié. — MM. Lenègre et Mathivat. — Etude clinique du R. A. C., affection méconnue. Sa fréquence approche celle de l'aortite syphilitique. Deux fois plus commune chez l'homme que chez la femme, cette affection s'observe entre 40 et 70 ans ; elle peut se manifester par une angine de poitrine d'effort, parfois par une insuffisance ventriculaire gauche. La constatation des opacités sigmoïdiennes reste la base du diagnostic.

Lésions et pathogénie du rétrécissement aortique calcifié. — MM. Lenègre et Mathivat. — L'affection, dans ses formes typiques, résulte d'une pétrification des lésions valvulaires des sigmoïdes aortiques, d'où la formation à la naissance de l'aorte d'un bourrelet calcaire percé d'un défilé rigide. L'étiologie en demeure obscure. C'est le facteur mécanique qui explique les signes et l'évolution de l'affection.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 27 Janvier 1945

Teneur du foie humain en vitamine PP. — MM. H. Gounelle, Y. Raoul et J. Marche trouvent chez l'homme un taux de vitamine PP hépatique autour de 15 mgr. pour 100 gr. de tissu frais. Augmenté après invitamination, variant directement avec l'état nutritionnel, ce taux hépatique est au plus bas dans la tuberculose pulmonaire, l'ictère grave et surtout la pellagre.

Les deux facteurs de la métachronose réflexe de répercussion après section nerveuse. — Mme B. Chauchard et M. P. Chauchard montrent que les modifications de chronaxie du côté opposé à une section nerveuse relèvent d'une double origine : centrale, intéressant surtout le neurone moteur, et périphérique, ne portant que sur le muscle et l'extrémité du nerf.

Poisons émétisants et yohimbine. — M. Cheymol.

Dosage biologique de la choline. — Mlle J. Lévy.

Séance du 10 février 1945

La Butelline, inhibiteur des actions de la nicotine sur le cœur et la pression, la respiration et l'intestin. — MM. R. Hazard et Mlle E. Corteggiani étudient cette action de la butelline chez le chien, action analogue à celle de la novocaïne, mais plus forte et plus durable.

Influence de l'anesthésie chirurgicale sur la différenciation chronaxique des antagonistes chez l'homme. — MM. A. et P. Chauchard, Mme B. Chauchard et M. G. Cordier concluent de l'égalisation des chronaxies chez le sujet anesthésié, que la différenciation chronaxique des groupes neuromusculaires squelettiques provient bien d'une influence des centres nerveux (subordination).

Comparaison des taux sanguin et hépatique de vitamine PP chez l'homme. — MM. H. Gounelle, Y. Raoul et J. Marche se sont rendus compte qu'aux taux hépatiques élevés déterminés par biopsies au cours d'interventions chirurgicales, correspondent des taux sanguins élevés et inversement, mais sans parallélisme rigoureux.

Election. — M. Poumeau-Delille est élu membre titulaire.

Séance du 24 février 1945

Propriétés pharmacodynamiques du 8-quinoléyl-sulfate de sodium. — MM. M. Lœper, D. Bargeton, Jean Cottet et J. Parrod montrent que l'estérification de sa fonction phénolique par l'acide sulfurique fait perdre à la 8-hydroxyquinoléine presque toute sa toxicité et presque tout son pouvoir bactéricide ; mais ce corps est remarquablement cholérétique et diurétique.

Elimination à prédominance biliaire d'un nouveau composé sulfamide. — MM. Jean Cottet, D. Bargeton et J. Parrod ont vu que l'acide p-aminophénylsulfamido-p-phényl-2-quinoléine-carbonique-4 a son élimination déviée dans une grande proportion de la voie urinaire et orientée vers la bile où on le dose à des concentrations particulièrement élevées.

Augmentation du taux de l'acide pyruvique du sang après convulsivothérapie par électro-choc. — MM. H. Gounelle, M. Bachet et Mlle Ch. Marnay.

Etude chimique d'une albuminurie isolée apparue au cours du diabète. — MM. P. Harvier, P. Froment et M. Rangier signalent que l'albumine ainsi isolée diffère des albumines urinaires des brightiques et a une structure chimique spéciale avec, en particulier, des chaînes glucidiques et d'acide glycuronique.

SOCIETE DE PEDIATRIE

Séance du 16 janvier 1945

Un cas de myosite ossifiante. — M. J. Leveuf présente une enfant de 5 ans 1/2 atteinte depuis un an de myosite entraînant une impotence fonctionnelle des genoux; la radiographie des genoux montre deux ostéomes reliant en pont les deux os, et celle du coude une petite exostose. La calcémie est un peu élevée. Il discute les indications thérapeutiques.

Note sur l'activité pédiatrique du camp de Drancy. — M. G. Blechmann fait un tableau saisissant des conditions hygiéniques déplorables dans lesquelles fonctionna ce camp de juillet à décembre 1942 : insuffisance des locaux, du linge et des rations alimentaires, absence de soins de propreté, douches épouillage et étuvage, défectuosité du vidage des ordures. 5.500 enfants passèrent au camp durant les 50 premiers jours; 900 à 1.000 furent hospitalisés, dont 150 pour diarrhée et 300 pour dermatoses, 160 pour angines diverses. Cependant, grâce aux mesures prises, les cas de contagion furent peu nombreux, et on ne vit en 5 mois que 2 typhoïdes, 100 rougeoles, 60 scarlatines et 43 diphtéries avec 4 morts. Quelques vaccinations préventives et la stérilisation des porteurs de germes purent être réalisées.

Syndrome hémolytique provoqué par l'ingestion de févettes. Guérison. — M. Janet, Mme Odier-Dollfus, MM. Galmiche et Hartmann rapportent l'observation d'une fillette de 10 ans atteinte 36 heures après l'ingestion de févettes d'une hémoglobinurie grave et d'un syndrome hémolytique aigu avec état général grave, asthénie profonde, anémie et douleurs abdominales vives. La cuti réaction aux févettes était négative. Les auteurs estiment que certains cas de syndrome hémolytique de l'enfance relèvent du favisme, sans doute chez les sujets prédisposés ou sensibilisés.

Œdème cérébral à forme corticale compliquant une oto-mastoïdite aiguë. Large décompressive temporale. Guérison. — M. Marcel Ombrédanne a vu survenir au 18e jour d'une otite aiguë chez une enfant de 4 ans des crises d'épilepsie B. J. douloureuses à début crural et à extension brachiale, suivies de l'apparition d'une hémiplégie à tendance spasmodique. Aucun signe méningé; pas de stase papillaire. Il fit d'urgence une large trépanation décompressive temporale qui lui montra un gros cerveau œdémateux. Guérison rapide de l'hémiplégie. L'auteur souligne l'intérêt qu'a eu en pareil cas la vaste décompression.

Les complications rénales de la gale chez le nourrisson. — M. Hallé a observé dans 78 cas de gale du nourrisson 4 albuminuries et 2 néphrites caractérisées. Il s'agissait toujours de gale infectée, et il semble bien que l'infection cutanée soit à l'origine de ces complications. On n'a pu en aucun cas incriminer les agents médicamenteux.

Séance du 20 février 1945

Cancer du testicule chez un nourrisson de 9 mois. — M. Leveuf.

Sarcome de la verge chez un enfant de 2 ans. — M. Leveuf.

A propos d'un cas d'ostéomyélite traité par la pénicilline. — M. Leveuf présente une enfant chez laquelle un grave foyer ostéomyélitique du fémur a été traité par incision de l'abcès suivie d'injections locales de pénicilline. Ce foyer a remarquablement guéri, alors qu'un foyer secondaire non traité par la même méthode a donné naissance à des lésions ostéo-articulaires graves. Il démontre la supériorité du traitement local sur le traitement général.

Un cas de tétanie non rachitique chez un enfant de 20 mois. — M. Rohmer rapporte l'observation d'un nourrisson de 20 mois présentant des stigmates légers de rachitisme ancien et non évolutif, ayant une calcémie et une phosphatémie normales, qui présenta une tétanie classique. L'administration de chlorure de calcium et de vitamine D furent inefficaces ; la parathyrone n'amena qu'une amélioration transitoire et l'enfant succomba au bout de quelques jours. Cette tétanie était due à l'alcalose sans qu'on puisse préciser l'origine de cette dernière.

La valeur comparée du lait sec acidifié et non acidifié. — M. Rohmer et Mlle Chapelo montrent que la tolérance à ces deux laits est équivalente et en discutent le mécanisme. Ils concluent à la modification de la caséine.

Les lésions diaphysaires dans la fragilité osseuse. — M. Huc expose que la surdité fait le plus souvent défaut et n'a retrouvé que quatre fois le caractère familial de la maladie. Le terme de dysplasie périostale ne lui paraît pas justifié, car ces malades guérissent leurs fractures par des cals périostiques typiques avec souvent absence de cal central.

Il montre que les traits de fracture siègent toujours au voisinage de la pénétration de l'artère nourricière et pense que ces fractures sont consécutives à une lésion artérielle. Il insiste enfin sur la nécessité de ne pas immobiliser trop longtemps de telles fractures.

Discussion de la communication de M. Causse. — M. Levesque rappelle que tous les états de dénutrition du nourrisson ne sont pas dus à une mastoïdite, et que la présence de pus dans l'antre n'est pas une lésion agonique.

Il faut avant tout préciser la cause du syndrome toxique et n'opérer que si l'oto-mastoïdite est en cause. L'intervention donne alors de bons résultats, et la guérison est annoncée par la reprise de la courbe de poids.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Suite de la page 104)

THESES DE MEDECINE

14 *décembre*. — M. Louche. — Formes complexes de paraplégies spasmodiques hérédo-syphilitiques tardives chez l'enfant.
M. Marlincue. — Nouvelles données thérapeutiques sur l'emploi du plasma humain. « Les petites injections de plasma. »
M. Poissonnet. — La tuberculose trachéo-bronchique.
Mlle Blicblum. — Les tuberculose cutanées après traumatisme du genou chez l'enfant.
M. Weissenbach. — Kystes épidermiques et maladie de Duhring-Brocq.
M. Le Bozec. — La sulfamidothérapie dans l'ulcère de cornée à hypopion.
M. Lordez. — Joseph du Chesne, sieur de la Violette, médecin du roi Henri IV, chimiste, diplomate et poète.

19 *décembre*. — M. Jacob. — Tuberculose pulmonaire et maternité.
M. Fourous. — L'aspiration endocavitaire. Technique opératoire. Conduite du traitement.
M. Guibert. — Sur certains états hypochondriaques réactionnels à la captivité.
M. Arnaud. — De la diffusion dans le tissu conjonctif.
M. Aucer. — Sur les manifestations nerveuses de l'anaphylaxie alimentaire.
Mlle Lécrivain. — La protection de la maternité dans l'industrie.
M. Bastien. — Les rhinites chroniques.

20 *décembre*. — M. Duminil. — Quelques cas de néphrorragies.
M. Caraceorgiades. — Physiologie et technique de l'aspiration médicale.
M. Gandar. — La vitesse de sédimentation des hématies au cours de la gestation et dans les suites de couches.
M. Secuinot. — De la maladie cœliaque des enfants.
Mlle Balaceanu. — La pleurésie sérofibrineuse tuberculeuse et la primo infection chez l'enfant.
M. Zeyer. — De quelques épidémies d'intoxication alimentaire par le triorthocresylphosphate.
M. Hoffmann. — L'énurésie infantile.
M. Pausini. — La silicose pulmonaire.

21 *décembre*. — M. Cauvin. — Des polypes primitifs et bénins de l'uretère.
M. Lacas. — Zimmermann et le traité de l'expérience dans l'art de guérir.
22 *décembre*. — M. Roukine. — Fréquence et rôle associé du rhumatisme articulaire aigu et de la syphilis dans la genèse des cardiopathies.
M. Lemerre. — Fièvre prolongée post-vaccinale d'origine encéphalitique. Guérison par ponction lombaire.
M. Vincenti. — Des névroses tachycardiques.
M. Martinet. — Incontinences d'urines par anomalies urétrales.
M. Jardel. — Technique et résultats de l'enclouage du col du fémur par voie extra-articulaire.

3 *janvier* 1945. — M. Ganche. — Guerres et internements.
M. Déquirot. — L'Eosinophilie parasitaire.
M. Gniewinska. — Du traitement du cancer à travers les âges.
Mlle Beauté. — Des tumeurs pileuses du tube digestif.
M. Beauté. — A propos d'une grave épidémie de typhoïde.
M. Picard. — Les infantilismes d'origine hypophysaire. Leur traitement par l'hormone de croissance.
M. Besquet. — De la castration ovarienne dans les néoplasmes du sein.
M. Gibertaud. — La grossesse ovarienne jeune.
M. Bernette. — Des contusions thoraciques. Hémopéricarde et hématome.
M. Hubert. — De l'infarctus récent du myocarde.
M. Hurel. — A propos de cinq cas d'intoxication par le nitrate de soude.

4 *janvier*. — M. Bachy. — De l'association gardenal B phenylisopropylamine dans le traitement de l'épilepsie.
Mlle Larmoyer. — Chrysothérapie dans les abcès du poumon.
M. Kuss. — Dissociation des signes cutanéo-muqueux des signes généraux dans la dermatite polymorphe douloureuse de Brocq-Duhring.
Mme Bicot. — Nouvelles observations sur les dermatoses d'origine végétale.
Mlle Ramon. — Interactions et associations morbides de l'appareil génital et de l'appareil digestif.
M. Maillard. — Etudes statistiques de 200 observations de tumeurs des paupières.
M. Letailleur. — Trois ans d'activité d'un service de dépistage systématique de la tuberculose pulmonaire.
M. Couasnon. — Un cas de tuberculose à forme splénoganglionnaire de l'adulte.
M. Mathieu-Eloffe. — L'arsénicisme chronique.
M. Herson. — D'un cas d'intoxication par le thallium.
M. Jacquemart. — La théophylline et ses solvants dans les coronarites.
M. Rottenborg. — Du volvulus du cæcum.
M. Paque. — Sur deux cas de rhabdomyosarcome des membres.
M. Crumler. — Action pharmacodynamique de l'ipéca dans l'examen radiologique de l'estomac.
M. Renard. — Syndrome du scalène et côte cervicale.

5 *janvier*. — M. Reinceard. — Efficacité de la thoracoplastie unilatérale chez les tuberculeux cavitaires bilatéraux.
M. Berce. — Le facteur psychique dans l'énurésie.
M. Catherine. — L'association iode-sulfamide dans le traitement de l'impetigo et des dermatoses impétiginées.

10 *janvier*. — M. Pluche. — Précisions sur quelques phénomènes circulatoires : l'automatisme du cœur, la pression moyenne, le pouls.
M. Laibinson. — De quelques effets de la collapsothérapie sur le système bronchique dans la tuberculose pulmonaire.

THESES VETERINAIRES

31 *janvier*. — M. Hucon. — Expertise en matière de tuberculose bovine.
M. Liauzu. — De la vagotonine dans le problème de l'anesthésie générale du chat.
15 *mars*. — M. Aubert. — Les levures comme source de matières protéiques dans l'alimentation des animaux domestiques.
M. G. Michon. — Législation relative à la vente des animaux de boucherie.
M. Moine. — Essai de traitement de l'hypodermose bovine.
M. Frey. — Sur le procédé juif d'abatage des animaux de boucherie.

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DE L'ŒSOPHAGE

Longtemps regardé comme incurable, l'épithélioma de l'œsophage est revenu récemment au premier plan de l'actualité chirurgicale.

ETIOLOGIE.

La prédilection pour le sexe masculin est indiscutable. On a invoqué le rôle des irritations chroniques, de l'alcool, surtout de l'alcool pris de façon habituelle à jeun. La plupart des cancers n'ont qu'une étiologie obscure. Toutefois, beaucoup d'entre eux se greffent sur des lésions pré-existantes : cicatrice de brûlure, sténose organique, placard de leucokératose. Le cancer siège du reste souvent aux endroits normalement rétrécis, là même où se trouvent le plus souvent les lésions pré-cancéreuses.

Il semble que le cancer thoracique soit bien plus fréquent que celui de l'œsophage cervical.

SYMPTÔMES FONCTIONNELS.

Dysphagie, *sialorrhée*, contrastant avec l'absence de douleur et la persistance de l'appétit, tel est le tableau le plus habituel du cancer de l'œsophage.

1° Le plus souvent, *début progressif :* un jour, en avalant une bouchée un peu grosse de pain ou de viande, le malade a ressenti comme un *arrêt*, suivi d'une impression de résistance vaincue. Peu inquiétant en soi, cet incident s'est reproduit, il n'a pas tardé à devenir quotidien, se répétant même plusieurs fois au cours du repas. Le malade a beau mastiquer avec soin, surveiller son alimentation, la gêne devient bientôt permanente, même pour les liquides.

2° Assez souvent, un *épisode spasmodique* survient, *dysphagie soudaine*, *totale*, *rebelle* qui va durer plusieurs jours, retentir sur l'état général, et qui finira par céder au traitement médical, mais sans toutefois que la déglutition redevienne aussi aisée qu'auparavant. Cet épisode dramatique peut d'ailleurs constituer un mode de début, lorsqu'il frappe un malade qui ne se souvient pas d'une dysphagie antérieure, même discrète.

3° Il arrive enfin, surtout en milieu hospitalier, qu'on ne voie le malade pour la première fois que très tardivement, plusieurs semaines après l'apparition de la dysphagie. Le sujet salive constamment, commence à s'affaiblir, son haleine est fétide, souvent aucun aliment ne passe pendant plusieurs jours. Beaucoup de ces malheureux présentent des *régurgitations*, immédiates ou retardées, s'accompagnant de nausées, de quintes de toux, recouvertes de mucosités et souvent de filets sanguinolents.

Dans tous les cas, des explorations radiologiques et endoscopiques complètes s'imposent de toute urgence.

EXAMEN RADIOLOGIQUE.

On commencera par une radioscopie *sans préparation*, de face et surtout en *oblique antérieure droite*, pour vérifier l'état du cœur, de l'aorte, du médiastin, ainsi que les champs pulmonaires. On suivra ensuite le passage d'une bouillie opaque, en position verticale; certains préfèrent en position couchée pour mieux observer le péristaltisme. La bouillie descend d'abord régulièrement, s'arrête en un point, s'accumule un peu, puis finit par passer : il en résulte une image en forme de radis. On peut prendre des clichés instantanés en série, bien centrés sur le segment suspect. Quand il y a un aspect de sténose certaine, il faut s'efforcer d'en bien localiser la limite inférieure, au besoin on met le sujet en Trendelenburg de manière à provoquer une « coulée » rétrograde.

Lorsqu'on est gêné par un spasme, on peut essayer de supprimer celui-ci extemporanément par le nitrite d'amyle.

Le cancer est *peu sténosant :* le calibre du conduit n'est pas souvent très dilaté au-dessus de la lésion. Le cancer *déforme peu* le trajet du conduit, ne provoque pas d'inflexions, de coudures. Le cancer est *peu spasmogène*, sauf lorsqu'il siège à proximité du cardia.

Les images radiographiques sont assez souvent caractéristiques : aspect du radis, image lacunaire parfois, plus souvent encore image de sténose à la fois très localisée et très irrégulière. On observe parfois des aspects de niche, des images pseudo-diverticulaires. Dans un grand nombre de cas, toutefois, la radio permet d'affirmer qu'il y a un obstacle permanent, elle le localise, mais ne suffit pas à donner plus que des présomptions sur sa nature.

EXAMEN ENDOSCOPIQUE.

L'œsophagoscopie permet de voir directement la lésion. Après avoir bien aspiré sécrétions et débris, on aperçoit :

— tantôt une *masse végétante*, sessile ou pédiculée;

— tantôt une *zone d'infiltration* plus ou moins étendue, que le tube ne parvient pas toujours à franchir;

— parfois une *ulcération* anfractueuse et bourbillonnante.

Que la lésion soit infiltrante, exophytique, ulcéreuse ou qu'elle participe de plusieurs de ces types à la fois, deux caractères se retrouvent de manière presque constante :

1° son *immobilité*, contrastant avec la mobilité des parties voisines, toujours ébranlées par les battements du cœur et les mouvements respiratoires;

2° le *saignement facile*, dès le premier attouchement du porte-coton.

Il existe parfois quelques placards leucoplasiques autour de la lésion.

Il est particulièrement important de préciser de son mieux :

1° la distance de la lésion à l'arcade dentaire;

2° son étendue en hauteur, souvent difficile à bien évaluer.

La *biopsie* reste enfin le temps crucial de l'examen. C'est un *temps difficile :* même entre les mains d'un opérateur exercé, trop de biopsies sont négatives et sont ensuite démenties par l'évolution. Les difficultés proviennent :

1° des petites dimensions de la lésion;

2° de l'hémorragie, qu'il faut prendre le temps de tarir par l'adrénaline, pour n'être point aveuglé;

3° de l'infiltration inflammatoire souvent considérable qui restreint le champ visuel.

Cette biopsie mérite donc beaucoup de soin. Il ne faut pas prendre trop à la légère la perspective éventuelle de la recommencer, séance tenante ou à huitaine, car, si elle est nécessaire, *son innocuité n'est pas toujours absolue*. On peut donner un coup de fouet à la lésion, mais surtout la *minceur et la fragilité de la paroi* doivent inciter à la prudence.

P.-L. KLOTZ.

(A suivre.)

INFORMATIONS

(Suite des informations de la page 98)

Chaire d'hygiène et de médecine préventive (Professeur M. Pierre JOANNON).

M. le Dr Cambessèdes, délégué dans les fonctions d'agrégé d'hygiène, commencera ses conférences le mardi 10 avril 1945, à 17 heures, à l'amphithéâtre Cruveilhier. Il les continuera au même endroit les jeudis, samedis et mardis suivants.

Sujet : Prophylaxie des maladies contagieuses.

Mariages

M. et Mme Le Hir font part du mariage de leur fils, le Dr Maurice Le Hir, avec Mlle Marie Chevalier.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée dans l'église paroissiale de Le Huelgoat, le samedi 17 février 1945.

Nécrologie

— Le Dr Amédée Peyroux, ancien médecin militaire, ancien député de la Seine-Inférieure, officier de la Légion d'honneur, décédé à Peyrehorade (Landes), le 22 décembre 1944, à l'âge de 72 ans.

— Le Dr Jean Salathé, décédé à Melun le 10 mars 1945.

CHRONIQUE

Service de Santé militaire

A l'occasion du rattachement du Service Vétérinaire de l'Armée au Service de Santé Militaire, une cérémonie a eu lieu au Val-de-Grâce (salle Laveran), le vendredi 2 mars 1945, à 15 h. 30, sous la présidence du général de corps d'armée Leyer, remplaçant M. Diethelm, ministre de la Guerre.

Le général Leyer ; le vétérinaire colonel Peltier, inspecteur du Service vétérinaire de l'armée ; l'inspecteur général Frisson, président des vétérinaires militaires de réserve ; le vétérinaire général Brocq-Rousseu, de l'Académie de Médecine ; le médecin général inspecteur Vincent, de l'Institut et de l'Académie de Médecine et le médecin colonel Debenedetti, directeur du Service de santé au Ministère de la Guerre, prirent successivement la parole et rappelèrent tout ce que l'armée et la science doivent au corps des vétérinaires de l'armée.

Ils soulignèrent également combien le rattachement du Service Vétérinaire de l'Armée, souhaité depuis longtemps, était présentement opportun et combien cette mesure judicieuse serait féconde en heureux et importants résultats ultérieurs.

J. D. C.

Leçon inaugurale du Professeur Moulonguet

C'est devant un auditoire nombreux, particulièrement choisi et dans une atmosphère de chaleureuse amitié que s'est déroulée, le 8 mars dernier, à la Faculté, la leçon inaugurale du Professeur Moulonguet, dans la Chaire de technique chirurgicale.

M. le doyen Baudouin avait, en quelques mots de bienvenue, présenté le récipiendaire, rappelé que, disparue depuis dix ans, la Chaire de technique chirurgicale avait pourtant toujours existé sous des appellations diverses depuis la Convention et précisé le double but qu'avait en vue la Faculté en la rétablissant aujourd'hui : enseignement de la technique, liaison à assurer entre les diverses disciplines qui concourent à former le chirurgien.

Très applaudi, M. le professeur Pierre Moulonguet prend alors la parole et malgré ce qu'il en coûte, nous dit-il, à ses habitudes de « discrète piété », il évoque, au premier rang de ceux à qui il doit sa vocation, la grande figure de son père, le professeur Albert Moulonguet, d'Amiens. Ce maître inoublié qui ne concevait pas une carrière de chirurgien « sans l'internat à Paris » avait, après avoir terminé son internat, choisi de se consacrer à l'enseignement dans une Ecole de province ; — ce Béarnais spirituel qui s'était fixé dans l'une des moins ensoleillées de nos villes et qui désira y reposer : son corps, à sa demande, fut, en mai 1940, ramené « dans ces terres basses et tristes » de Picardie, bouleversées par la bataille ; — cet homme droit, qui donnait pour unique consigne à ses enfants : « Vous ne mentirez jamais », apparaissait aux yeux de ceux qui l'ont connu et aimé en un portrait parfaitement vivant, sous les mots discrets sans doute, mais combien nuancés et émus de son fils.

Aux souvenirs de son père, M. Moulonguet mêla ceux de sa jeunesse, ses premières études à Amiens, son succès à l'internat en 1912, puis la coupure de la guerre de 1914, dont il nous dit qu'elle lui fit oublier tout ce qu'il savait alors de médecine, mais dont il ne nous dit pas qu'elle fut pour lui, comme pour ses frères (dont il rappelle que l'un mourut à Vauquois), l'occasion de se conduire glorieusement.

Après la guerre, ce fut, derrière la façade brillante des études couronnées de succès, les années heureuses d'un bonheur plus profond. M. Moulonguet nous rappelle qu'en son beau-père, M. Doléris, il trouva un de ses maîtres ; puis il salue, tour à tour, ses autres maîtres, disparus ou présents : Caraven, d'Amiens, Broca, Jean-Louis Faure, M. Michon auquel il demande gentiment son secret « pour vieillir sans changer », le professeur Hartmann qu'il remercie de ses leçons énergiques ; Roux-Berger, Gernez, le professeur Mocquot et, enfin, Paul Lecène, cette noble figure « que je porte, nous dit-il, toujours et partout avec moi ».

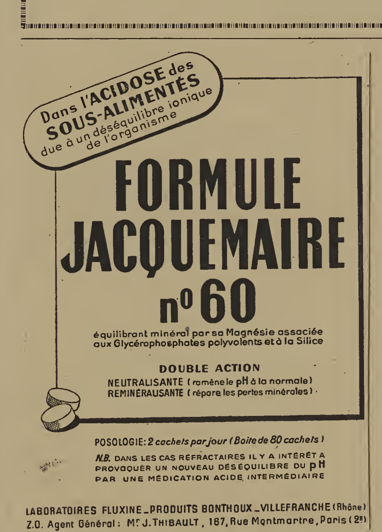
S'adressant alors à ses futurs élèves, le professeur Moulonguet leur fit un exposé de ce que sera son cours de technique chirurgicale : je le destine, dit-il, à des « internes en chirurgie », seuls aptes, par leur formation antérieure, à en profiter, seuls destinés à en appliquer et, plus tard, à en perfectionner les indications. « La chirurgie est redevenue interdite aux médecins », aussi bien la médecine n'a-t-elle pas ses techniques propres que le chirurgien ignore ? Ce dernier est un manuel et, plus précisément, un artisan dont les procédés ont été (le professeur Moulonguet le montre sur trois exemples concrets : voies d'accès du petit bassin, opérations sur le tube digestif, recherches actuelles sur les opérations thoraciques), acquis soit par les hardiesses des novateurs, soit par cet apport anonyme qui complète et, souvent, recouvre la découverte initiale attachée à un nom.

De celui qui va de l'avant, « l'alerte minutie du geste » (Mondor) doit être exigée ; la technique une fois fixée, l'opération n'est plus difficile. L'expérience prouve la primauté du « métier » sur les dons naturels ; mettant en garde ses élèves contre une admiration servile à l'égard de l'opérateur prestigieux (à vouloir trop l'imiter, « on risque surtout d'opérer mal »), M. Moulonguet leur rappelle les sages paroles d'Ockinczyc : « Je répète qu'il n'y a pas de geste secondaire ».

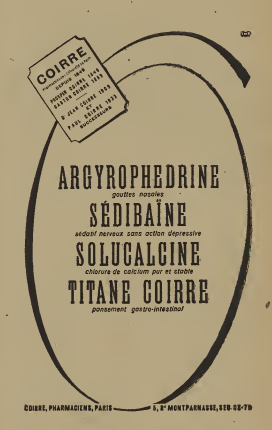
Comment donc enseigner cette technique ? D'abord par ce merveilleux et irremplaçable « compagnonnage » que constitue notre internat, véritable « transfusion de dons vivants », qui va du maître à l'étudiant ; puis par l'enseignement théorique pour lequel le nouveau professeur trace, à grands traits, un programme de début : étude des locaux, stérilisation, éclairage, anesthésie, examens pré et post-opératoires, transfusions. Ensuite, il faudra bien en venir à la technique des diverses opérations ; pour pallier à l'insuffisance notoire des démonstrations sur le cadavre ou le chien, M. Moulonguet demande qu'on crée une véritable cinémathèque chirurgicale ; il fait toutefois cette réserve qu'on ne filme presque jamais que les actes accomplis en « tissu sain ».

A la pratique hospitalière d'enseigner aux jeunes la complexité du réel et ses obstacles infinis. Cette complexité même exige, avant l'opération, un diagnostic aussi précis que possible et c'est sur le conseil donné à l'étudiant de devenir « bon médecin » avant de prendre le bistouri que se termine cette première leçon d'un intérêt soutenu et d'une belle tenue littéraire.

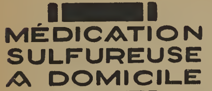
Marcel LANCE.



Dans l'ACIDOSE des SOUS-ALIMENTÉS
due à un déséquilibre ionique de l'organisme
FORMULE JACQUEMAIRE n° 60
équilibrant minéral par sa Magnésie associée aux Glycérophosphates polyvalents et à la Silice
DOUBLE ACTION
NEUTRALISANTE (ramène le pH à la normale)
REMINÉRALISANTE (répare les pertes minérales)
POSOLOGIE: 2 cachets par jour (Boite de 80 cachets)
N.B. DANS LES CAS RÉFRACTAIRES IL Y A INTÉRÊT A PROVOQUER UN NOUVEAU DÉSÉQUILIBRE DU pH PAR UNE MÉDICATION ACIDE INTERMÉDIAIRE
LABORATOIRES FLUXINE_PRODUITS BONTHOUX_VILLEFRANCHE (Rhône)
Z.O. Agent Général : Mr J. THIBAULT, 167, Rue Montmartre, Paris (2e)



COIRRE
DEPUIS 1849
PROSPER COIRRE 1849
GASTON COIRRE 1889
Dr JEAN COIRRE 1909
ET
PAUL COIRRE 1933
SUCCESSEURS
ARGYROPHEDRINE
gouttes nasales
SÉDIBAÏNE
sédatif nerveux sans action dépressive
SOLUCALCINE
chlorure de calcium pur et stable
TITANE COIRRE
pansement gastro-intestinal
COIRRE, PHARMACIENS, PARIS
5, Bd MONTPARNASSE, SEG. 02-79



RHUMES, CATARRHES, BRONCHITES, ENROUEMENTS, MALADIES DU NEZ GORGE & BRONCHES MALADIES DE LA PEAU ETC.

SULFUREUX POUILLET

APPROUVÉ PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

EN BOISSON
Une mesure pour 1 verre d'eau sulfureuse.
Échantillon sur demande.

EN BAINS
1 flacon pour 1 bain sulfureux

EN COMPRIMÉS INHALANTS
1 à 2 comprimés par inhalation

POMPANON, 62, rue du Cardinal-Lemoine, PARIS



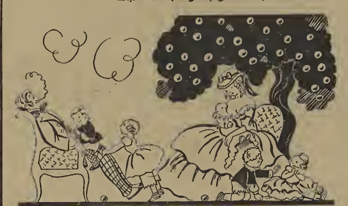
SOLUTION STABLE ET EQUILIBRÉE DE PHOSPHATES DIACIDES

alcalose

LABORATOIRE ROGER BELLON
Sté à responsabilité limitée
Louis FERRAND
Ex Interne, Lauréat des Hôpitaux de Paris
Pharmacien Gérant
(GAMBÉOL, CALYPTOL, HÉMOPYLORE "3", GLOBIRON)
78bis, Avenue Marceau — PARIS (8e)
24, Chemin de Saint-Roch — AVIGNON

Viosten

Lipoïdes, Phosphatides, Vitamines



Pour avoir récolte au verger faut de bonne heure le fortifier

Deficiences organiques

Comprimés • *Injections de 1 c.c.* • *Granulés*

LABORATOIRES LESCÈNE
PARIS, 58, Rue de Vouillé (XVe) et LIVAROT (Calvados)
Téléph. : Vaugirard 08-19





ACTION RÉGULIÈRE ET CONSTANTE
1 à 6 comprimés par jour aux repas ou au coucher
Commencer par deux comprimés
LABORATOIRES
LOBICA
23, RUE JASMIN · PARIS (16e)

Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe) Dépôt légal. — 1945. — 2e Trimestre. — N° 1. — Le Gérant : F. Le Sourd.

N° 8. — 15 AVRIL 1945 118e ANNEE Ce numéro : 4 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 100 fr. Etudiants, 50 fr. ; Etranger, 150 et 180 fr. Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

La mobilisation des élèves en médecine des hôpitaux étant susceptible d'amener l'Administration de l'Assistance Publique à Paris, à organiser dans les établissements hospitaliers un service de garde spécial de 14 h. à 8 h. du matin, les docteurs en médecine, désireux de collaborer éventuellement à ce service, sont priés de se faire connaître au Service de Santé de l'Administration de l'Assistance Publique, 3, avenue Victoria (2e étage), en donnant tous renseignements utiles notamment : références, titres, spécialité exercée et établissement choisi.

Faculté de Médecine de Paris

Les familles qui seraient désireuses d'accueillir et d'héberger à son passage à Paris ou, si besoin était, pendant une période de plus longue durée, un étudiant en médecine, prisonnier de guerre ou déporté, rapatrié d'Allemagne, sont priés de le faire savoir au Secrétariat de la Faculté de Médecine de Paris, 12, rue de l'Ecole-de-Médecine, 6e arrondissement. (Ecrire ou s'y adresser tous les jours, le dimanche excepté, de 13 à 16 heures, guichet n° 1.)

Facultés de province

Bordeaux. — M. Fontan, agrégé, est nommé à titre provisoire, à compter du 1er mars 1945, professeur de clinique médicale des maladies des enfants.

Lyon. — La chaire de clinique des maladies infectieuses de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Lyon est transformée en chaire de clinique des maladies infectieuses et bactériologie.

La chaire de médecine expérimentale et comparée et bactériologie de la Faculté de Médecine de l'Université de Lyon est transformée en chaire de pathologie générale et expérimentale.

La chaire de pathologie générale et thérapeutique de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Lyon est transformée en chaire de thérapeutique.

Santé publique

Vaccination obligatoire contre le typhus. — Le J. O. du 28 mars publie l'ordonnance n° 45-497, du 27 mars 1945, instituant l'obligation de la vaccination contre le typhus exanthématique pour tous les sujets de 10 à 50 ans, et pour toutes catégories de personnes qui résident dans une région contaminée ou qui, du fait de leur profession, se trouvent particulièrement menacées.

Le ministre de la Santé publique pourra par arrêté instituer cette obligation.

Directeurs régionaux de la Santé. — Sont nommés directeurs régionaux : à Orléans, M. le Dr Pierre Lévi ; au Havre, M. le docteur Cayla ; à Marseille, M. le Dr Montus ; à Lyon, M. le Dr Robin ; à Limoges, M. le Dr Hazemann ; à Montpellier, M. le docteur Scherb ; à Laon, M. le Dr Mans, actuellement interné en Allemagne ; à Clermont-Ferrand, M. le Dr Olleu ; à Poitiers, M. le Dr Le Bourdellès ; à Angers, M. le Dr Triollet ; à Limoges, M. le Dr Lamy ; à Chalons-sur-Marne, M. le Dr Schmutz ; à Bordeaux, M. le Dr Goulley ; à Nancy, M. le Dr Boulangier ; à Dijon, M. le docteur Poncet ; à Angers, M. le Dr Berger ; à Grenoble, M. le Dr Fernand Petit.

Conseil supérieur d'hygiène publique de France. — Sont nommés auditeurs au Conseil supérieur d'hygiène publique de France : MM. les Drs Faguet (Michel), de l'Institut Pasteur ; Benoist (Fernand), médecin des hôpitaux ; Poncet (Louis), médecin inspecteur de la santé, de l'Ain ; Malespine (de Vitry-sur-Seine).

Conseil permanent d'hygiène sociale

Les commissions sont provisoirement composées ainsi qu'il suit :

1re Commission. — Maternité et enfance : Président : Prof. Debré ; membres : MM. Armand-Delille, R. Clément, Mme Campinchi, Prof. Couvelaire, M. Fèvre, Mme Gonse-Boas, MM. Grunbaum-Ballin, J. Huber, Lamaze, Lamy, Clément Launay, Lelong, Lesné, Prof. Leveuf, MM. Lévy-Solal, Lhirondel, Julien Marie, Marquézy, Marcel Martin, Mourier, Prof. Mouriquand, Paucot, MM. Queuille, Ravina, Prof. Rohmer, M. Ronget-Denise, Mme Schreiber-Crémieux, M. Weil-Hallé.

2e Commission. — Tuberculose : Président : Prof. Fernand Bezançon ; membres : MM. Ameuille, Bariéty, Et. Bernard, Pierre Bourgeois, Calvé, Chadourne, Courcoux, Prof. Courmont, MM. Descomps, Douady, Even, Evrot, Guilly, Hazemann, Honorat, Prof. Leclercq, MM. Robert Monod, Sorrel, Prof. Troisier.

3e Commission. — Maladies vénériennes : Président : Prof. Gougerot ; membres : MM. Degos, Prof. Gaté, Costes ; MM. Laporte, Levaditi, Lévy-Bing ; Prof. Margarot, Pautrier ; MM. Pfeiffer, Sézary, Sicard de Plauzoles, Touraine, Vernier.

4e Commission. — Cancer : Président : Prof. Roussy ; membres : Professeurs Bugnard, Cornil, Ducuing ; MM. Funck-Brentano, Godart, Huguenin ; Prof. Lacassagne, Lamarque ; M. Roux-Berger ; Prof. Santy et Strohl.

5e Commission. — Hygiène mentale, alcoolisme : Président : M. G. Heuyer ; membres : MM. G. Brouardel, Delay, Derobert ; Professeurs Duvoir, Lépine, Lévy-Valensi, Perrin (Paul), Péron, Quentin ; M. Richard, Prof. Riser.

6e Commission. — Education sanitaire : Président : Prof. Parisot ; membres : Prof. Chevallier ; MM. Desmars, Domart, Mathieu-Pierre Weil, Prof. Sautet, M. Viborel, Prof. Villaret et Violle.

Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmiers hospitaliers ou d'infirmières hospitalières et d'assistants sociaux ou d'assistantes sociales. — Un arrêté nomme les membres de ce Conseil :

Président : M. le Dr Cavaillon, secrétaire général de la santé.

Membres de droit : Le commissaire général à la famille, le Dr Wibaux, directeur de la santé; M. Bouscatel, directeur de l'Assistance ; M. Lévêque, directeur de l'Assistance Publique ; MM. Rauzy, Péraud, Pierre Levi, Roussel, Piée, en raison de leurs fonctions, ainsi que des représentants de divers ministères intéressés.

Membres nommés en raison de leur compétence spéciale : MM. le Prof. Justin-Besançon, Leclainche, Hazemann, Milliez, Weil-Hallé, M. Figon et des représentants ou représentantes des différentes écoles.

Section permanente : MM. les Drs Wibaux et Leclainche, M. Figon, Mlle de Cuverville, Mlle Cremer, Mlle Fumey.

Comité National de Défense contre la Tuberculose

Devant l'importance de l'œuvre à accomplir cette année, le Comité National de Défense contre la Tuberculose a décidé :

— Au mois de mai, l'émission d'un timbre à valeur postale avec surtaxe de 1 fr. qui serait vendu d'une façon intensive dans tous les bureaux de poste et recettes buralistes. A défaut des enfants des écoles, les cadres des comités, les médecins et les assistantes sociales des dispensaires, les facteurs et les receveurs buralistes en seraient les principaux propagandistes. M. le Ministre de la Santé publique a bien voulu appuyer cette initiative auprès de son collègue des P. T. T. qui l'a acceptée à titre tout à fait exceptionnel.

Achetez et faites acheter ce timbre postal : aidez les tuberculeux !

— Au mois de décembre aura lieu, selon la formule ancienne, le Timbre de Noël. Le timbre antituberculeux, lancé en 1927 sur le plan national, a rapporté jusqu'en 1940 plus de 220 millions et a toujours rencontré la faveur du public, la recette restant dans la proportion de 95 % dans le département d'origine, 5 % seulement revenaient au Comité National pour sa propagande éducative à cette occasion et pour des œuvres antituberculeuses nationales ou corporatives. Ce Timbre de Noël aura pour devise : « Renaître » :

Le Comité National fait un pressant appel et demande à tous, au corps médical en particulier, d'appuyer ces deux campagnes qui ont un double caractère à la fois financier et d'éducation sanitaire.

INTERETS PROFESSIONNELS

A propos de l'ordonnance du 3 mars

12 mars 1945.

Lettre de M. le Dr Coutela, Président du Conseil Supérieur des Médecins, à M. le Ministre du Travail :

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous signaler — et je m'en excuse — l'existence à Paris d'un Conseil Supérieur, organisme officiel auquel, en attendant le rétablissement des syndicats, l'ordonnance du 11 décembre 1944 a attribué la défense des intérêts nationaux des médecins.

Le Conseil Supérieur qui, avant même sa réunion, s'était adressé à M. le Ministre de la Santé, a tenu, dès sa première séance, à vous écrire, le 25 février 1945. Il ajoutait ainsi, à l'avis exprimé par le Conseil de la Seine, celui de tous ses membres venus de toute la France, au sujet de l'ordonnance qui devait être promulguée et qui l'a été dès le 3 mars 1945.

Il plaira, j'en suis sûr, Monsieur le Ministre, au Conseil Supérieur et aux Conseils départementaux de vous voir proclamer, dans l'exposé des motifs, le libre choix du médecin et l'entente directe en matière d'honoraires.

Mais pour cette dernière, je me permets de vous faire respectueusement remarquer que l'entente directe envisagée dans l'ordonnance est un peu particulière : l'homologation prévue à l'article 5 n'y apporte-t-elle pas, dès l'abord, une limitation évidente ? N'en est-il pas de même de la justification que prévoit l'article 6 chaque fois qu'il y aura, non pas abus, mais simple « dépassement du tarif fixé ». Cette entente soi-disant directe, est étroitement limitée, et cette limitation dépend, non des intéressés (malade et médecin), mais d'un ou même de plusieurs tiers : peut-on parler vraiment d'entente directe?

Dans la réunion du 13 février au Ministère de la Santé, vous avez bien voulu, Monsieur le Ministre, reconnaître les organismes juridictionnels de la profession, à la condition que, lors d'affaires concernant les Assurances sociales, soient adjoints un ou deux médecins représentant votre ministère. L'ordonnance du 3 mars 1945 reste muette au sujet de ces organismes légaux qui fonctionnent officiellement, quoique destinés à être remplacés dès que possible, par des organismes élus.

Les médecins sont les premiers à réclamer la répression des abus, mais je puis vous assurer qu'ils attachent une importance capitale aux prérogatives des juridictions qu'ils tiennent du Gouvernement provisoire de la République à propos de leurs actes professionnels.

L'ordonnance du 3 mars 1945 a soulevé, j'en ai la certitude, une grosse émotion dans les milieux médicaux, aussi bien à Paris qu'en province, mais je me permettrai d'ici quelques jours de vous donner à ce sujet des renseignements précis.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'assurance de ma haute et respectueuse considération. Dr COUTELA.

Comité de coordination des Conseils départementaux des médecins de la région parisienne

Le Comité de coordination des Conseils départementaux des médecins de la région parisienne s'est réuni le 25 mars 1945 à son siège social, 28, rue Serpente, sous la présidence du Dr Tissier-Guy.

La plus grande partie de la séance a été consacrée à l'examen de l'ordonnance du 3 mars relative à la taxation des honoraires médicaux pour soins donnés aux assurés sociaux, ainsi qu'aux répercussions que l'application de cette ordonnance pourrait avoir sur l'exercice de la médecine dans la région parisienne.

Les représentants des Conseils départementaux des médecins de la région parisienne ont estimé que cette ordonnance constituait au point de vue social un recul certain, car elle est une première étape sur la voie qui mène à la médecine allemande de caisse, c'est-à-dire une médecine de série et de qualité inférieure, en même temps qu'elle fait de l'assuré un citoyen mineur n'étant plus sur le même plan que les autres malades.

Ils ont été d'accord pour constater que l'ordonnance du 3 mars a été un acte d'autorité, intervenu sans qu'il y ait eu accord avec les représentants légaux actuels des médecins et avant que des organismes élus aient pu exprimer l'opinion du corps médical.

Dans ces conditions, les représentants des Conseils départementaux des médecins de la région parisienne ont été d'avis qu'ils ne pouvaient pas participer au fonctionnement d'une ordonnance qu'ils estiment nocive pour les intérêts des assurés et de ceux qui les soignent.

Ils ont tenu en outre à réaffirmer leur volonté de prendre une part de plus en plus active à l'élaboration d'une meilleure médecine sociale et de continuer notamment à apporter — en dehors des dispositions de l'ordonnance du 3 mars — leur collaboration la plus loyale et la plus entière au bon fonctionnement de la loi française des Assurances sociales et de la convention d'avril 1942.

Au cours de la séance du 25 mars, de nombreuses questions ont également fait l'objet de discussions approfondies. Parmi ces questions, citons la révision de la nomenclature, l'application aux hôpitaux de la région parisienne des dispositions de la loi du 21 décembre 1941 sur la réforme hospitalière, la reprise des conversations avec les sociétés de secours mutuels, l'étude du projet d'ordonnance relatif à l'organisation de la profession médicale, le relèvement des tarifs pour l'A. M. G., les accidents du travail et la loi des pensions.

Il a été enfin décidé, dans un but d'union et de cohésion toujours plus grande, de demander aux syndicats médicaux nouvellement créés ou reconstitués et qui ont procédé aux élections de vouloir bien envoyer des représentants au Comité de coordination.

Conseil régional des médecins
(région de Paris)
Section d'épuration

La section d'épuration du Conseil régional de la région de Paris a commencé ses travaux en vertu de l'ordonnance du 18 janvier 1945. Elle est habilitée à recevoir les plaintes jusqu'au 19 mai inclus. Ces dernières peuvent être déposées au secrétariat du Conseil Régional de la région de Paris, 28, rue Serpente, Paris (6e), tous les jours, sauf le samedi et le dimanche, de 14 à 17 heures. Il est bien entendu que la commission ne retiendra aucune dénonciation anonyme.


Nouvelle Présentation
L'HORMONE MÂLE
ACTIVE
par voie perlinguale
"LINGUETTES"
PERANDRONE
NOM DÉPOSÉ
MÉTHYL-TESTOSTÉRONE
CIBA
L'activité
par voie perlinguale
est comparable
à l'activité
par voie parentérale
Mêmes indications
que les formes
injectables
LINGUETTES A 5 mgr.
Tablettes fondant
sous la langue
1 A 3 PAR JOUR
LABORATOIRES CIBA - Dr P. DENOYEL
103 A 117, BOULEVARD DE LA PART-DIEU, LYON


Pour le premier
et le second âge
Bouillies lactées :
FARINE LACTÉE NESTLÉ
toujours la même
Bouillies non lactées :
FARINE NESTLÉ NON LACTÉE
aliment sucré et dextriné
Décoctions farineuses :
SINLAC de NESTLÉ
farine rotie et dextrinée,
non lactée, non sucrée
Nestlé
c'est la sécurité
Sté NESTLÉ, 6, avenue César-Caire, PARIS (8e)


Vitamine B1 cristallisée
bévitine
Solution injectable : ampoules de 1cc à 0g002 et à 0g01 (BOITES DE 5)
Comprimés dosés à 0g005 (TUBES DE 20)
POLYNÉVRITES
BÉRIBÉRIQUES
INFECTIEUSES
TOXIQUES
GRAVIDIQUES
NÉVRALGIES & NÉVRITES
Injections sous-cutanées
intramusculaires
ou intraveineuses
TROUBLES DU MÉTABOLISME
DES HYDRATES DE CARBONE
PARÉSIES INTESTINALES
Traitement par voie buccale
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHONE SPECIA
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS · (8e)


BOLDINE
HOUDÉ
FOIE
BOLDINE HOUDÉ
Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS, 10e

REVUE GÉNÉRALE

LES HÉMOGLOBINURIES

Par MM. A. Guichard et G. Vignon (Lyon)

Généralités. — L'émission d'urines ayant une couleur rouge, noire ou porto, mais ne contenant pas d'hématies figurées à l'examen microscopique, caractérise l'hémoglobinurie. C'est un singulier processus à deux temps qui relève tout d'abord de la mise en liberté de l'hémoglobine du sang, soit de l'hémolyse, laquelle est ensuite suivie de l'excrétion par le rein du pigment sanguin ainsi libéré, excrétion qui réalise l'hémoglobinurie.

Outre l'intérêt diagnostique et sémiologique qui s'attache à lui, ce phénomène morbide s'avère des plus fertiles en enseignements. C'est d'abord un syndrome aux multiples étiologies et ensuite un processus autonome, type d'une maladie humaine expérimentale que nous pouvons reproduire à volonté et par conséquent étudier à loisir. Aussi, la connaissance de ce processus permet-elle de préciser les problèmes biologiques qu'il pose et les rapports qu'il contracte avec la maladie hémolytique.

Historique. — Nos connaissances actuelles sur l'hémoglobinurie représentent le fruit de découvertes successives.

C'est ainsi qu'on connut d'abord le *symptôme*. En 1864, Harley décrivit « l'intermittent hématuria » et Pavy, en 1866, le « paroxysmal hématuria » ; mais c'est Lebert, en 1872, qui nota le stigmate essentiel : l'absence d'hématies dans une urine rouge ou noire.

Plus tard, les caractères de *l'hémoglobinurie-maladie* furent élucidés.

Alors que le rôle déclanchant du refroidissement est prouvé, qu'Ehrlich, Donath et Landsteiner objectivent l'hémoglobinémie, Widal, Abrami, Brissaud rapportent le processus à un phénomène de choc, et peu à peu le rôle dans sa genèse, du paludisme, des transfusions, des intoxications est tour à tour démontré.

Enfin, en 1929, Micheli, au 35e Congrès Italien de Médecine de Gênes, décrit la maladie de Marchiafava-Micheli ou 4e forme de splénomégalie hémolytique, dont Brulé dans la thèse de Gaube donne une étude complète.

De nouveaux facteurs étiologiques sont ensuite incriminés dans la période contemporaine, si bien que, dès l'abord, l'hémoglobinurie symptomatique doit être différenciée de l'hémoglobinurie-maladie.

Etiologie. — Ces deux variétés d'un même processus pathologique réclament d'ailleurs pour apparaître, des facteurs prédisposants qui créent un terrain morbide spécial et des causes occasionnelles bien différentes suivant les cas.

⁂

Le *terrain* qui favorise l'hémoglobinurie est dû en quelque sorte à une instabilité ou fragilité du sang, permettant une hémolyse facile.

Une telle propriété, à la différence de ce qui se passe dans les ictères hémolytiques, n'est *presque jamais héréditaire* et familiale, sauf lorsqu'elle est transmise *par l'hérédo-syphilis* qui est alors responsable des hémoglobinuries paroxystiques à frigore survenant chez les enfants.

La syphilis acquise prépare très souvent, comme le prouvent les stigmates cliniques et humoraux, l'apparition de l'hémoglobinurie paroxystique de l'adulte, qui survient tard, 20 ans après le chancre; c'est alors de la para-syphilis (Salin).

Le *paludisme* peut aussi créer un climat favorable à l'hémolyse, comme le prouve la fièvre bilieuse hémoglobinurique.

De même *la tuberculose* peut jouer son rôle et les anémies tuberculeuses sont souvent hémolytiques, ainsi que le montrent les études de Cain et que les observations de P. Courmont, Dufourt, Gaté, Roque-Chalier et Nové-Josserand, Paliard et Dechaume en font foi.

Les troubles endocriniens, enfin, d'origine souvent bacillaire ou hérédo-spécifique, créent, comme dans les ictères hémolytiques, un état dystrophique favorable à l'éclosion de la maladie hémoglobinique.

⁂

Si ces divers facteurs infectieux ou endocriniens engendrent une instabilité sanguine très prononcée, il n'est pas alors besoin *de causes occasionnelles* supplémentaires pour provoquer, sur un tel terrain favorable, le déclanchement de l'hémoglobinurie qui apparaît alors spontanée ou cryptogénétique.

Si au contraire le climat de fragilité sanguine est moins développé, il est alors nécessaire qu'interviennent en sus, soit une *cause physiologique*, telle que *la marche*, *l'effort* ou surtout *le froid*, soit une cause pathologique pour faire apparaître l'habituelle hémoglobinurie paroxystique.

C'est qu'en effet, dans la seconde éventualité, à côté de l'hémoglobinurie-maladie, il en est de symptomatiques qui surviennent uniquement comme complications d'une thérapeutique, d'une infection ou d'une intoxication données.

En effet, divers moyens de traitement, tels que *transfusion sanguine*, *auto-hémothérapie*, certains médicaments, comme la *quinine*, le *fer*, le *chlorate de potasse*, peuvent être en cause.

De même des *infections* provoquées par le *streptocoque hémolytique* ou par le *bacillus perfringens* (qui donne des septicémies avec anémie, ictère, cyanose et teinte bronzée) comptent souvent l'hémoglobinurie parmi leurs symptômes.

Enfin des *intoxications*, dues à l'ingestion de *champignons*, à la piqûre de serpents venimeux, à l'inhalation *d'hydrogène sulfuré* ou *arsénié*, de vapeurs de *benzol*, engendrent volontiers l'affection.

Pathogénie. — Quel que soit d'ailleurs l'agent causal, un même mécanisme commande l'apparition des symptômes et l'étude pathogénique des hémoglobinuries se doit d'étudier successivement, d'une part, la libération du pigment coloré sanguin, soit l'hémolyse, et, d'autre part, son élimination par le rein, c'est-à-dire l'hémoglobinurie.

L'hémolyse est le processus par lequel se libèrent les constituants du globule rouge, composé, comme l'on sait, d'un stroma globulaire albuminoïde pâle et d'une matière colorée : l'hémoglobine qui donne au sang sa couleur rouge et permet à l'œil d'apercevoir les hématies figurées.

Cette hémoglobine est elle-même formée d'un support protéique : la globine, et d'une substance colorée : l'hématine, laquelle se compose elle-même d'un noyau ferrugineux qui donnera l'hémosidérine ou rubigine et d'un noyau tétrapyrrhol, générateur de l'hémochromogène et du pigment biliaire. Mettant en liberté ces divers éléments, l'hémolyse peut être *anémigène* par destruction globulaire avec l'anoxhémie parfois comme conséquence; *ictérigène* par augmentation des pigments biliaires, et une splenomégalie notable peut en être alors le corollaire (« hémolyse splenogène »); *sidérogène* par accumulation d'hémosidérine; *hémoglobinurique*, enfin, par libération massive d'hémoglobine.

Cette hémolyse se produit le plus souvent *dans le sang*, ainsi que le prouve l'hémoglobinémie parfois mise en évidence; mais aussi *dans la rate*, et à cet égard nous connaissons bien les anémies hémolytiques des rates tuberculeuses. Elle peut avoir lieu dans *les reins*, comme le montre la maladie de Marchiafava-Micheli. De façon plus exceptionnelle enfin, elle peut se passer dans *le muscle*, mais alors elle ne porte plus seulement, comme dans les éventualités précédentes sur *l'hémoglobine du sang*, mais bien aussi sur *le pigment musculaire*, aboutissant ainsi non pas à une hémoglobinurie, mais à une *myoglobinurie*.

Pareille lyse hémoglobinique peut être provoquée par une infection, une intoxication ou par un phénomène allergique ou anaphylactique (Widal, Abrami et Brissaud), engendré lui-même par le froid ou les médicaments. (Ces derniers pouvant d'ailleurs agir à la fois par intoxication et par allergie.)

Quant au mécanisme intime du phénomène, il réside dans le divorce de l'hémoglobine et de son support protéique. Cette séparation peut être due quelquefois à une fragilité du globule devant un toxique par exemple et l'on a alors une hémolyse et même une *hémoglobinurie d'origine globulaire*. Mais en règle générale toutes deux sont une *maladie plasmatique;* c'est alors une affection, non pas du globule rouge, mais du plasma, due à la présence dans ce dernier d'une hémolysine, qui laque les hématies saines et normalement résistantes. Alors qu'en effet, normalement, ces dernières sont protégées par l'équilibre réciproque de la sensibilisatrice, du complément et de l'anti-hémolysine, dans certaines conditions, sous l'influence du froid notamment, l'anti-hémolysine ne joue plus son rôle protecteur, si bien que la sensibilisatrice et le complément se fixent sur le globule rouge et l'hémolysent.

⁂

Pareille libération du pigment coloré sanguin conduit à des conséquences cliniques variables.

Rapide, l'hémolyse aboutit à l'anémie hémolytique.

Lente et prolongée, elle conduit à l'ictère hémolytique.

Minime, elle provoque l'hémosidérose viscérale et certains états de cirrhose pigmentaire.

Paroxystique, brutale et massive, portant sur plus de 1/57 du sang total (Ponfick), elle permet à l'hémoglobine de franchir son seuil rénal et d'être éliminée par l'urine, donnant *l'hémoglobinurie*, que l'on peut d'ailleurs réaliser expérimentalement par l'injection intra-veineuse massive d'eau distillée ou de solutions hypotoniques. Notons en particulier que si l'hémoglobine possède un *seuil rénal* d'excrétion, la myoglobine, elle, n'en présente point.

Anatomie pathologique. — Ce passage du pigment sanguin à travers le filtre urinifère irrite le rein de façon mécanique et provoque en quelque sorte une « néphrose hémoglobinurique d'élimination » dont les lésions ont pu être étudiées chez l'animal après injection intra-veineuse d'eau distillée ou d'hémoglobine (Aubertin), chez les malades morts de bilieuse hémoglobinurique et après intoxication expérimentale par l'hydrogène arsenié.

Ces lésions siègent uniquement dans le tube contourné et la branche ascendante de l'anse de Henlé. Le pigment y est réparti sous forme de granulations et d'amas d'un jaune brun sous la bordure en brosse des cellules qu'il soulève et finit par faire éclater; la lumière des tubes est alors encombrée par des débris cellulaires, des cristaux d'hémoglobine et des amas ferrugineux qui se tassent et se moulent dans les tubes droits pour former les cylindres hémoglobinuriques.

Cette néphrose d'élimination est *réversible et curable*, mais elle peut se compliquer d'*un blocage mécanique du rein* avec anurie qui en est le principal danger. Enfin, si l'hémoglobinurie se prolonge, la néphrose peut aboutir à une véritable *néphrite scléreuse irréversible* avec sclérose rénale, sidérose du tissu conjonctif et du tube contourné lui-même.

Symptômes. — Ce brutal accident d'hémolyse se traduit en clinique par *le paroxysme hémoglobinurique* évoluant en trois phases :

La première, qui s'écoule entre le moment de la cause déclenchante et l'émission d'urine sanglante, est marquée par *un intervalle libre* de quelques heures seulement, pendant lequel on peut parfois surprendre le sang laqué, rose, hémoglobinémique. Puis brusquement apparaissent des céphalées, des fourmillements, des impatiences musculaires, des crampes dans les extrémités et surtout des douleurs lombaires traduisant soit l'hémolyse, soit le transit du rein (c'est la « colique néphrétique de l'hémoglobinurie »), soit des modifications vasomotrices de cet organe. Parfois cette scène initiale est dramatique, c'est « l'accès pseudopalustre hémoglobinurique » ; après de violents frissons, le malade présente un brusque accès fébrile à 40° au cours duquel il est inondé d'abondantes sueurs.

*
**

Puis *l'hémoglobinurie* survient, caractérisée par la couleur spéciale des urines qui rappelle le café, le chocolat, le vin de Porto ou de Malaga, le sirop de groseille étendu d'eau. Leur teinte dichroïque ou fluorescente permet d'éliminer l'hématurie. De plus, le changement progressif de la couleur de ces urines est caractéristique; elles passent du rose au rouge, puis au noir et empruntent ensuite les mêmes teintes dans un ordre opposé. Les réactions de Weber et de Meyer montrent qu'il y a du sang dans l'urine et l'oxyhémoglobine y est décelée par ses deux bandes d'absorption à l'examen spectroscopique.

Par contre, le microscope n'y montre aucune hématie mais seulement un épais sédiment urinaire constitué « d'ombres et de cadavres de globules rouges » avec cylindres et stromas globulaires. C'est la « fausse hématurie ».

*
**

L'évolution d'un tel tableau est variable.

L'hémoglobinurie est très rarement permanente, elle est généralement brève et transitoire durant quelques heures à peine et pouvant même passer inaperçue si elle est nocturne. Mais parfois tout ne s'en limite pas là.

Les lendemains immédiats de l'hémoglobinurie peuvent se traduire par l'apparition d'une anémie, d'une grosse rate, d'un gros foie et d'un léger subictère, véritables « échos rapprochés de l'hémolyse ».

Les lendemains éloignés se manifestent par *le blocage rénal* qui peut être transitoire, permanent ou chronique.

Transitoire, il réalise *la néphrite hémoglobinurique* provoquée par l'excrétion rénale de l'hémoglobine dissoute qui irrite le rein au passage comme un corps étranger, de même que l'injection de blanc d'œuf (Claude Bernard) entraîne une albuminurie durable et que le diabète encrasse le rein. Cette néphrite dite hémoglobinurique se traduit par toute une série de manifestations, telles que de l'albuminurie avant, pendant ou après la crise, telles que l'albuminurie paroxystique équivalent de la crise ou bien encore une albuminurie associée à une hématurie (néphrite hématurique de l'hémoglobinurie), à des œdèmes (par rétention chlorée rénale ou par allergie), à de l'azotémie et à une diminution de l'urée et des chlorures dans l'urine.

Le blocage rénal permanent réalise *l'anurie hémoglobinurique* souvent mortelle, nécessitant la décapsulation. La transfusion peut balayer les déchets hémoglobinuriques qui obstruent les tubes et guérir ainsi le malade, ou bien elle aggrave le blocage et peut même parfois déclencher de nouveaux paroxysmes hémoglobinuriques.

Enfin, si le blocage devient chronique, il aboutit à la néphrite *chronique post-hémoglobinurique*.

Le diagnostic différentiel de l'hémoglobinurie se pose avec *l'hématurie*, qui lui est d'ailleurs parfois associée. Il est plus facile d'éliminer les urines acajou des ictériques, les urines rouges par absorption de rhubarbe, de santonine ou de séné et les urines noires que donnent le salol et la créosote.

Il est plus délicat de distinguer *les fausses hémoglobinuries d'origine urinaire* et non rénale, qui sont le fait d'urines hypotoniques, pauvres en chlorure de sodium, comme celles des Brightiques, qui dissolvent l'hémoglobine d'une hématurie; la rechloration fait disparaître le symptôme.

Enfin, il est plus rare d'avoir à différencier une méthémo ou sulfhémoglobinurie due à une intoxication par les sulfamides, l'oxyde de carbone ou l'acide cyanhydrique, ou l'exceptionnelle porphyrinurie.

Formes cliniques étiologiques. — Si l'hémoglobinurie se reconnaît à son syndrome urinaire constant, ses étiologies diverses lui confèrent des cachets spéciaux qui nous permettent de distinguer les hémoglobinuries paroxystiques, la bilieuse hémoglobinurique, les hémoglobinuries de la transfusion et des intoxications, et enfin la maladie de Marchiafava-Micheli.

A) *Les hémoglobinuries paroxystiques.* — 1° Elles peuvent parfois être provoquées par la *marche* (Robin, 1885), *l'effort* ou la simple *posture*. Il s'agit alors parfois de myoglobinurie, l'hémolyse se passe alors dans le muscle, que ce dernier abandonne son pigment coloré ou qu'il secrète une simple hémolysine active sur le pigment sanguin.

2° *La maladie de Lucet du cheval* ou myopathie hémoglobinurique, encore dénommée du nom pittoresque de maladie du lundi de Pâques ou de Pentecôte, frappe des chevaux bien nourris, restés tout un jour à l'étable. Puis, après un effort, ils présentent douleurs et raideurs de l'arrière-train qui se paralyse. Puis l'avant-train est atteint et les urines deviennent noires. Quelquefois la mort survient au milieu de troubles cardio-vasculaires. I. Bertrand a trouvé en de tels cas de grosses lésions musculaires faites d'hémorragies et d'œdème des muscles, puis de nécrose, enfin de déchirure et de dislocation des fibres. Tout se passerait comme si les muscles, enrichis de glycogène par la stabulation et l'ingestion d'avoine, subissaient une véritable dissolution du glycogène et de leur myoglobine.

Il faut rapprocher de ces cas les exceptionnelles *myopathies paroxystiques avec hémoglobinurie de l'enfant*, dont on ne connaît que les cinq observations de Meyer-Beitz, Hittmair, Paul, Debré et Huber. Il s'agit d'enfants qui, après un effort, présentent des douleurs musculaires avec raideur tétanique et pieds en équinisme forcé, puis des troubles cardio-vasculaires et enfin une hémoglobinurie.

3° A côté de ces syndromes rarissimes, *l'hémoglobinurie paroxystique à frigore essentielle* paraît relativement fréquente et frappe des enfants hérédo-syphilitiques et des adultes spécifiques. Elle apparaît à la suite d'un refroidissement, au printemps quand le malade sort de chez lui ou s'éloigne du poêle qui le chauffait ou même quand il boit de l'eau froide. Après un intervalle libre de quelques heures le malade est saisi de céphalées, de vertiges, de lumbago, d'arthralgies ou même d'accès pseudo-palustres. Puis il émet des urines rares rosées, puis noires. Enfin tout disparaît, mais le lendemain il présente un ictère avec un gros foie et une grosse rate.

Parfois l'accès est minime et ne se traduit que par une albuminurie paroxystique à frigore; en d'autres occasions, il peut s'associer à du purpura, de l'urticaire, du prurit, de l'œdème de Quincke. En tout cas, la maladie n'est jamais mortelle et guérit par traitement antisyphilitique. C'est une *hémoglobinurie plasmatique* stigmatisée par les réactions d'Ehrlich et de Donath-Landsteiner, lesquelles décèlent respectivement l'hémoglobinémie in vivo et in vitro.

Dans la réaction d'Ehrlich, un lien interrompt la circulation à la racine d'un doigt. Après refroidissement, puis réchauffement de ce doigt, le sang recueilli à son niveau par piqûre présente un sérum laqué. Si on enlève le lien avant réchauffement du segment exclu, une crise d'hémoglobinurie peut survenir, car l'hémoglobinémie locale est devenue régionale. Dans l'expérience de Donath et Landsteiner on prélève du sang d'un malade en dehors d'un accès, le sang recueilli dans une solution anticoagulante isotonique et chaude n'hémolyse pas si on le maintient à l'étuve à 37°. Si on le fait séjourner à 0° pendant 30 minutes et si on le remet à l'étuve, l'hémolyse survient.

B) *La fièvre bilieuse hémoglobinurique.* — Elle frappe les vieux paludéens aux multiples atteintes, surmenés, amaigris ou inanitiés qui sont soumis au froid. Ainsi quand ces malades coloniaux arrivent de la côte sur les hauteurs ou quand de la Mer Rouge ils passent en Méditerranée, lors de leur rapatriement dans la métropole, ils présentent un frisson, un accès

fébrile, des urines noires, en même temps qu'apparaissent un ictère et une grosse rate. Il s'agit d'une hémoglobinurie globulaire et non plasmatique, avec réactions d'Ehrlich et Donath-Landsteiner négatives et, par contre, grosse diminution de la résistance globulaire.

Un dilemne se pose alors : ou bien il faut administrer la quinine qui risque de déclencher un paroxysme hémoglobinurique médicamenteux souvent grave, parfois mortel par anurie, collapsus cardiaque ou accès pernicieux, ou bien l'on doit laisser évoluer le paludisme qui tue le malade par algidité. Aujourd'hui les médications nouvelles avec l'atébrine et la plasmochine évitent cette redoutable alternative.

C) *Après une transfusion sanguine* peuvent survenir des lombalgies, un clocher fébrile, même un accès pseudo-palustre qui annoncent l'hémoglobinurie, parfois compliquée d'anurie. L'accident est dû à une hémolyse plasmatique qui peut être provoquée par une erreur du groupe sanguin, le sérum du receveur agglutinant et hémolysant les globules rouges du donneur (isohémolysine). Mais il peut aussi se voir en dehors de toute incompatibilité dans les transfusions isogroupes ou pratiquées avec le sang d'un donneur universel, soit que le sérum du donneur agglutine les hématies du receveur, soit que le sang des hémolytiques se montre particulièrement instable. D'ailleurs, l'apparition fréquente de l'hémoglobinurie après une deuxième ou une troisième transfusion prouve qu'il s'agit souvent d'un véritable phénomène de sensibilisation.

D) *Les hémoglobinuries toxiques* reconnaissent des origines diverses. On a pu incriminer la piqûre des *serpents vénimeux*, les intoxications par la *toluylène diamine*, la *phényl-hydrazine*, les *sulfamides*, le *fer* et certaines chimiothérapies. Le rôle des *champignons* est mieux connu, et l'on sait que l'amanite phalloïde donne un ictère hémolytique avec hémoglobinurie, de même que l'acide helvétique de la fausse morille.

L'intoxication provoquée par *l'hydrogène arsenié* apparaît bien spéciale, engendrant une affection restée autrefois longtemps énigmatique et connue en Prusse Orientale sous le nom de *maladie du Golfe* ou du Haaf. En 1924-26, les pêcheurs de cette région, qui au petit jour se penchaient sur l'eau ou raccomodaient leurs filets sur le rivage, étaient pris de violentes courbatures de la nuque ou du dos, puis émettaient des urines noires. Certains présentaient des myalgies sans hémoglobinurie, d'autres se sensibilisaient et présentaient jusqu'à six à huit crises successives. La maladie était en réalité due à des émanations d'hydrogène arsenié provenant d'usines riveraines qui utilisaient des pyrites très fortement arsenicales et dont les eaux résiduelles se déversaient dans le Haaf.

Récemment, après Gasbarrini, Brulé et Pestel ont insisté sur l'hémoglobinurie du *favisme*. L'affection, qui frappe surtout enfants et adolescents, se voit avant tout en Italie du Sud et en Sardaigne, et ne se manifeste qu'après ingestion de graines de fèves ou inhalation de plantes en fleurs chez les sujets présentant une sensibilisation naturelle ou acquise aux fèves. Le début se manifeste brutalement, 24 heures après l'ingestion, par une sensation d'anéantissement avec troubles digestifs, frissons, accès fébriles, douleurs abdominales ou lombaires, pâleur. Puis l'hémoglobinurie apparaît accompagnée d'ictère et d'anémie. La réaction de Donath-Landsteiner est négative. Généralement l'évolution se fait vers la guérison en quelques jours, mais il y a des formes graves, mortelles par anurie avec azotémie. La pathogénie est discutée : toxique pour les uns et causée par une substance contenue dans la graine, elle est anaphylactique pour d'autres, comme le confirment les cutiréactions positives aux extraits de fèves.

E) *La maladie de Marchiafava-Micheli* enfin forme un véritable trait-d'union entre l'ictère hémolytique et l'hémoglobinurie paroxystique. Du premier elle tient par l'existence d'une anémie avec ictère, mais elle s'en sépare radicalement par l'absence de splénomégalie et de fragilité globulaire; il s'agit donc d'une maladie plasmatique qui en cela même et par l'existence de paroxysmes urinaires se rapprocherait davantage de l'hémoglobinurie paroxystique, mais en diffère foncièrement par l'absence de terrain syphilitique et de tout rôle déclenchant du froid, ainsi que par l'existence d'une élimination permanente de fer dans les urines. L'un de nous en a rapporté récemment une observation dans laquelle à la sidérose rénale classique s'associaient une hémosidérose hépato-splénique, des scléroses viscérales diverses et, fait exceptionnel, une *myosite hémoglobinurique* des muscles de la face postérieure des cuisses. Ce cas est intéressant, car il représentait non seulement le type le plus complet de la maladie hémolytique, dans lequel l'hémolyse était ictérigène, anémigène, sidérogène, sclérogène et hémoglobinurique, mais aussi le type le plus diffus, puisque la lyse du noyau coloré organique frappait l'hémoglobine du sang et le pigment musculaire myoglobinique.

THÉRAPEUTIQUE. — Ainsi les tableaux cliniques au milieu desquels apparaît en maître symptôme l'hémoglobinurie sont variés. Cette diversité, qu'engendrent des étiologies multiples, dicte des thérapeutiques différentes : antiinfectieuse dans certains cas, désensibilisante dans d'autres par l'autosérothérapie, le sérum de cheval et la peptome; elle est antisyphilitique dans l'hémoglobinurie paroxystique à frigore. En tout cas il faut se souvenir de la nocivité du fer et surtout de la transfusion qui risque de provoquer de nouveaux paroxysmes, alors que les coagulants, le calcium et la vitamine « C » sont toujours utiles.

1. A. GUICHARD. — Anémie hémolytique avec hémoglobinurie (maladie de Marchiafava-Micheli). A propos d'un cas inédit. L'origine tuberculeuse du syndrome. Documents anatomopathologiques. La néphrite et la myosite hémoglobinuriques associées. (*Lyon Médical*, 1943, n° 4, 24 janvier 1943, p. 41, et n° 5, 31 janvier 1943.)
2. A. GUICHARD et FÉROLDI. — Maladie de Marchiafava-Micheli et myosite hémoglobinurique. Conception nosologique de l'affection. Le Sang (à paraître).
3. CHAMBON (thèse de Lyon, 1943). — La maladie de Marchiafava-Micheli forme majeure de la maladie hémolytique humaine (deux microphotos in texte).

LA TUBERCULOSE PULMONAIRE DES ANCIENS PLEURETIQUES

Par M. BRELET
Professeur honoraire à l'Ecole de Médecine de Nantes.

J'ai expertisé au Centre spécial de réforme de Nantes plusieurs centaines d'anciens soldats demandant une pension pour les suites d'une pleurésie séro-fibrineuse imputable au service. Depuis 1924, j'ai publié plusieurs petits travaux sur ce sujet dont l'importance me paraît telle que je me crois autorisé à y revenir encore aujourd'hui avec un nombre d'observations beaucoup plus élevé qu'en 1924.

La pleurésie, fréquente chez les soldats, semble atteindre les campagnards appelés sous les drapeaux plus souvent que les citadins. En effet, 2.000 dossiers, pris au hasard, de Nantais expertisés au C. S. R. pour suites de blessures ou de maladies ne fournissent que 34 cas de pleurésie, alors que, sur 2.000 habitants de la campagne venus au Centre pour le même motif, je trouve 67 pleurétiques. Jusqu'à leur service militaire, les paysans n'ont pas rencontré très souvent le bacille de Koch; arrivés au régiment, ils sont en contact avec lui, non dans les chambrées, mais dans les cafés, les cinémas, voire dans les rues poussiéreuses et font une infection qui, je ne sais pourquoi, se localise ou prédomine à la plèvre. Il serait intéressant de comparer le pourcentage des cutiréactions positives chez les recrues de la ville et de la campagne; je ne sais si cette recherche a été faite.

Ma statistique actuelle est de 600 pleurésies, avec 91 cas de tuberculose pulmonaire survenue ultérieurement. Sur 100 pleurétiques jeunes, de bonne santé antérieure (puisqu'ils sont soldats), 15 deviennent donc phtisiques; c'est le chiffre que j'avais indiqué en 1924. M. Hinault (1) donne un pourcentage moins élevé : 8 tuberculeux sur 112 pleurétiques, soit 7 pour 100; il me paraît avoir eu une série particulièrement heureuse, sur laquelle il ne faudrait pas trop se baser pour établir le pronostic lointain de la pleurésie. Ne passons pas du pessimisme excessif de la thèse de Mayor (Paris, 1887) à un trop grand optimisme. Sans aller jusqu'à dire avec Triboulet que la pleurésie vaccine contre la tuberculose, revenons à l'opinion ancienne de Blachez, Dreyfus-Brisac : parmi les pleurétiques, c'est un petit nombre qui devient tuberculeux.

Dans un précédent travail (2), j'écrivais qu'il serait utile de connaître, pour le comparer à 15, le pourcentage des jeunes hommes de 20 ans devenant tuberculeux pulmonaires sans avoir eu de pleurésie. J'ai demandé au médecin en chef d'une grande Compagnie d'assurances sur la vie si les actuaires de cette Compagnie étaient en possession de ce renseignement; sa réponse a été négative.

Pleurésie droite et pleurésie gauche sont à peu près aussi fréquentes l'une que l'autre; aucune différence entre elles pour ce qui est des risques de tuberculisation des poumons. La pleurésie double est rare (14 cas sur 600), mais plus souvent suivie de T. P., 4 fois sur 14, soit 28 pour 100. J'ai aussi deux observations de malades qui, ayant eu l'un et l'autre une pleurésie gauche, furent atteints de pleurésie droite, l'un quelques mois après la première pleurésie, l'autre huit ans plus tard; ils devinrent tous deux phtisiques.

Un petit essai de géographie médicale a donné les résultats auxquels on devait s'attendre. Le séjour dans une île exposée

(1) *La Presse médicale*, 25-28 déc. 1940.
(2) *Bull. de l'Académie de Médecine*, 1943, n° 31.

à tous les vents est néfaste aux pleurétiques; quatre de mes malades, qui habitaient l'île d'Yeu, sont tous devenus tuberculeux et ont succombé rapidement. Pour l'île de Noirmoutier, assez abritée dans la baie de Bourgneuf, 11 cas de pleurésie donnent 4 T. P. (36 pour 100). Les Nantais deviennent phtisiques dans la proportion de 40 %. A la campagne, les risques sont moindres : 9 pour 100 dans le canton de Carquefou, 12 pour 100 à Saint-Fulgent, 15 pour 100 à Vallet. Notons que le canton de Vallet est habité par des vignerons réputés comme les plus grands buveurs de vin blanc de la région; mais on boit bien aussi à Carquefou.

Si donc « la phtisie se prend sur le zinc » (Hayem), elle se prend beaucoup moins dans les celliers où l'on va bien des fois au cours de la journée trinquer avec les amis. Conclusion pratique : nous conseillerons aux convalescents de pleurésie de vivre à la campagne, et nous ne leur défendrons pas de boire du vin blanc, modérément, cela va sans dire.

D'après M. Micheleau, il serait préférable de ne pas faire de thoracentèse aux pleurétiques, sauf en cas d'épanchement très abondant; la présence de liquide mettrait le poumon au repos et peut-être ce liquide renfermerait-il des anticorps. Toutes mes observations ne mentionnent malheureusement pas s'il y a eu ou non thoracentèse; pour les cas dans lesquels j'ai ce renseignement, je trouve un peu plus de tuberculeux pulmonaires chez les malades ayant subi une thoracentèse. Ce qui me paraît très net, c'est l'influence de la ponction évacuatrice sur les séquelles pleurales; les sujets auxquels on a fait une et surtout plusieurs thoracentèses ont, plus souvent que les autres, des adhérences pleurales, avec quelquefois une symphyse s'accompagnant de rétraction de l'hémithorax.

La date d'apparition de la T. P. après une pleurésie est très variable. Dans la plupart des cas — *T. P. précoces* — les accidents surviennent dans les quatre ou cinq années qui suivent la pleurésie. Viennent ensuite les observations, encore assez nombreuses, de T. P. débutant entre la cinquième et la dixième année. Beaucoup plus rares sont les *T. P. tardives* et même très tardives, 12, 15, 20 ans après la pleurésie.

Ce qui paraît très important, c'est de noter l'état de la plèvre entre la pleuro-tuberculose et le début de la T. P. On voit des sujets qui conservent, après la guérison apparente de leur maladie, des séquelles cliniques et radioscopiques : matité et respiration très obscure à la base, parfois des frottements, sinus comblé, hémidiaphragme peu mobile ou signes plus marqués de symphyse de la base; ces séquelles peuvent disparaître peu à peu, très lentement; elles peuvent persister indéfiniment, étant alors soit une cicatrice, soit une tuberculose chronique de la plèvre; dans d'autres cas enfin, la T. P. survient avec ses symptômes et signes habituels, avec des bacilles dans les crachats; cette T. P. débute toujours du côté de la pleurésie et il n'y a aucun doute sur ses relations avec la maladie pleurale; c'est bien une tuberculose post-pleurétique. Voici maintenant l'ancien pleurétique parfaitement guéri, sans signes cliniques ni radioscopiques, qui, tardivement, va devenir un phtisique et parfois la T. P. débute du côté opposé à la pleurésie. C'est, entre autres, ce soldat, pleurétique gauche en 1918, qui n'est pas pensionné parce qu'on ne constate chez lui aucun reliquat pleural, et qui, en 1934, soit seize ans après la pleurésie, revient au C. S. R. à la suite d'une demande de pension pour aggravation et, à cette date, c'est un tuberculeux du poumon droit. J'ai aussi examiné un ancien pleurétique de 1917, pensionné avec invalidité de 10 pour 100, n'ayant donc que des reliquats très peu importants, qui, en 1939, vingt-deux ans plus tard, est un bacillaire avec lésions bilatérales. Sans me lancer dans des considérations interminables sur la pathologie générale de la bacillose, question encore bien mal connue, très discutée et pas très claire, je signale seulement que M. Courcoux (1) croit que la T. P. se déclarant à longue échéance n'est « pas du tout secondaire à la lésion pleurale ». Il estime qu'une T. P. survenant plusieurs années après une pleurésie bien guérie peut être due à une réinfection. Cela paraît très probable, surtout quand la T. P. se localise du côté opposé à la pleurésie.

La T. P. des anciens pleurétiques présente-t-elle une forme clinique et une évolution particulières ? On l'a dit. Pour M. Renard (2), les pleurétiques devenus tuberculeux sont, en majorité, des tuberculeux fibreux, atteints de sclérose pulmonaire avec emphysème. D'après M. Hanrion (3), cette tuberculose aurait souvent une évolution lente. Mes observations ne confirment pas cette opinion; je n'ai que quelques cas très rares de sclérose pulmonaire; presque tous mes malades présentaient une forme banale de tuberculose ulcéro-caséeuse. Pour connaître la durée de cette T. P., les pensionnés ne revenant plus au C. S. R. quand ils avaient une invalidité de 100 pour 100 (sauf le cas, très exceptionnel, d'une autre localisation bacillaire, un cas de tuberculose rénale), j'ai demandé à MM. les Intendants militaires, chefs des services des pensions à Nantes et à La Roche-sur-Yon, de vouloir bien me faire connaître les dates de décès d'un certain nombre de ces anciens soldats; ils m'ont répondu avec une grande obligeance et je sais ainsi ce que sont devenus 40 de mes malades : trois vivaient encore en mai 1944, avec des T. P. datant de 7, 8 et 21 ans; tous les autres sont morts après une évolution bacillaire de durée variable : quelques mois (7 cas), un an (10), deux ans (3), trois ou quatre ans (8), six à huit ans (7), douze ans (1 cas) et dix-huit ans (1 cas). Sur 40 malades, j'en compte donc 20 ayant succombé au cours des deux premières années qui ont suivi la tuberculisation pulmonaire.

Tels sont les renseignements — je ne me permets pas de dire les enseignements — qui m'ont été fournis par l'étude de 91 cas de T. P. survenue après une pleurésie séro-fibrineuse. J'ai encore deux à trois cents dossiers à retrouver et à examiner au C. S. R. de Nantes. S'ils m'apportent quelques faits nouveaux, je ne manquerai pas de le signaler (1).

(1) Courcoux. Tuberculose pleurale (*Traité de Pathologie médicale et de thérapeutique*, tome XVIII, 1921).

(2) Renard. L'avenir des pleurétiques (Thèse de Toulouse, 1934).

(3) Hanrion (Thèse de Paris, 1936).

(1) Je remercie M. le Médecin-commandant Lenoble de m'avoir très aimablement accueilli lorsque je lui ai demandé l'autorisation d'aller fouiller les archives du C. S. R., dont il est le médecin-chef.

ACTUALITÉS

LABORATOIRE ET PÉNICILLINE (1)

Par M. R. Levent

Sur les conférences récemment prononcées devant les médecins parisiens, le Professeur Garrod, de Londres, n'en a pas consacré moins d'une tout entière, aux rapports du laboratoire et de la pénicilline, tant pour la préparation du médicament que pour son emploi.

La préparation est maintenant du domaine de l'industrie ; une formation et une expérience bactériologique y sont pourtant indispensables, la période proprement chimique n'étant pas encore ouverte. La préparation des milieux, leur contrôle, leur maniement, l'ensemencement et le maniement des cultures, le recueil et la purification de la substance active exigent une asepsie beaucoup plus rigoureuse que celle nécessitée par les préparations pharmaceutiques habituelles.

Une autre opération délicate du même ordre est le titrage en pénicilline des produits obtenus. Malgré le soin qu'on prend d'employer dans les mêmes conditions des « plants » apparemment identiques, l'activité des produits est assez variable pour qu'il faille la titrer et uniformiser secondairement les divers lots. Ce titrage est encore une technique biologique sur laquelle nous allons revenir et qu'on met aussi en œuvre au cours du traitement.

Qu'il s'agisse de pratique militaire ou civile, le laboratoire y a sa place dès le début, aussitôt qu'il ne s'agit plus du premier pansement d'urgence. Au laboratoire incombe de reconnaître la flore bactériologique en cause et surtout d'en mesurer la sensibilité ou la résistance à la P. d'où découlera le choix d'un traitement. Au sein des espèces sensibles il faut en effet compter avec la résistance de quelques souches, rares d'ailleurs : 3 % environ parmi les staphylocoques.

Trois techniques permettent cette recherche. Après avoir obtenu des cultures pures à partir des prélèvements cliniques, on peut les repiquer sur bouillon pénicilliné, à des taux divers et connus. Un jeu de tubes homologues ensemencés de staphylocoque à sensibilité connue sert de témoin. Technique fidèle mais qui nécessite trois jours au moins et beaucoup de milieu.

La technique de Fleming « culture en gouttière » emploie une boîte de Pétri remplie de gélose au sang ; on y creuse une gouttière juxtadiamétrale où l'on incruste un ruban de gélose pénicillinée de concentration connue : 5 cgr. de P. par cmc. A partir des cultures pures on ensemence alors ce système en stries parallèles, perpendiculaires à l'incrustation et la traversant, de telle sorte que chaque strie intéresse les deux milieux ; une de ces stries est faite d'un germe témoin. La P. diffusant d'une gélose dans l'autre empêche la pousse sur chaque strie proportionnellement à la sensibilité du germe auquel elle se rapporte. On peut aussi faire comparaison de germes entre eux et avec le témoin. Cette technique, ingénieuse et délicate, demande deux jours et des cultures pures préalables.

Pour l'usage clinique, le Prof. Garrod use d'un procédé personnel ingénieux, rapide et fidèle à la fois. La première culture obtenue du prélèvement clinique sert de point de départ, sans attendre de culture pure.

Dans une boîte de Pétri garnie de gélose au sang ensemencée en surface par une dilution du prélèvement et par un germe

(1) Cf. La pénicilline dans la pratique britannique, par M. Levent (*Gaz. Hôp.*, 1945, n° 7, p. 104).

Il faut aussi, obligatoirement, titrer la P. contenue dans les liquides organiques (urine, liq. céphalo-rachidien, exsudats pathologiques et surtout sang). Ce titrage est basé lui aussi sur la diffusion dans le milieu de culture, liquide ou solide, et l'action empêchante sur la pousse d'un germe sensible.

En milieu liquide, c'est la mesure de la transparence qui est le critérium ; en milieu solide, c'est la non-végétation du microbe témoin par diffusion de la P. On observe une diffusion décelable pour un tiers d'U. O. par cmc. de produit pénicilliné. On peut par le même procédé doser la P. dans un échantillonnage thérapeutique et comparer entre eux les lots divers.

Au sein d'un milieu gélosé ensemencé, on dispose à égale distance six petits récipients cylindriques en matière poreuse, où l'on met le liquide à doser. La P. traverse la paroi et diffuse dans la gélose ; le microbe ensemencé cesse de pousser dans un périmètre en rapport avec la concentration. On mesure le diamètre des plages ainsi formées (absence de culture staphylococcique). Des dilutions préalables parent aux concentrations excessives et ramènent le produit à examiner à un taux approximatif de 1 à 5 U. O. par cmc. Dans le sang un taux de 1/50 U. O. suffit à l'action empêchante ; la concentration maximum après perfusion ne dépasse guère 1/10 U. O.

On peut aussi faire un titrage macro et microscopique dans le sérum du patient en comparant les cultures d'un germe sensible faites dans le sérum même du malade, dilué à des taux échelonnés avec du sérum sanguin normal. Ces cultures, pendant le traitement, sont une mesure indispensable de son efficacité. On doit pouvoir constater un échec total de ces cultures sur sérum. Un témoin est constitué par une culture sur sérum du malade additionné de pénicilline (filtrat-bouillon de subtilis) qui paralyse l'effet de la P.

Le laboratoire est donc le guide nécessaire au clinicien et au thérapeute.

Peut-être aussi lèvera-t-il un jour les incertitudes quant au mode d'action de la P. Bactériostase ou bactériocidie ? Le Professeur Garrod penche pour l'action bactéricide et attache une particulière importance au dépérissement graduel des repiquages successifs et à l'action plus rapide des concentrations en P. faibles que des élevées ; même importance à ses yeux des effets de la température : à 42° la destruction du staphylocoque, qui pourtant ne se divise plus, est plus intense qu'à des températures plus basses où sa division est active. Il n'y a donc pas action bactériostatique lors de la division bactérienne ainsi qu'on l'a supposé avec les sulfamides.

Sur la manière dont on doit ou non associer P. et sulfamides des incertitudes subsistent encore.

Quelles que soient les solutions aux problèmes présents qu'apporteront les constatations futures, c'est seulement avec l'appui du laboratoire que la méthode donnera dans l'avenir les résultats pratiques qu'il est encore logique d'attendre d'elle.

témoin résistant (coli ou Friedlander) on creuse par évidement deux cuvettes circulaires, d'égal diamètre, qu'on remplit avec quelques gouttes de pénicilline. Dilution à 1 unité Oxford par cmc. pour l'une, à 10 U. O. pour l'autre. La P. diffuse dans la gélose et empêche la pousse du microbe sensible d'autant plus loin que la concentration est plus forte. Cette technique qui s'adapte à tous les milieux solides, même pour anaérobies, permet des examens répétés et demande peu de temps (un jour) et peu de matériel.

Le traitement commencé les examens doivent se poursuivre périodiquement, qualitatifs et quantitatifs pour suivre la régression de l'infection et prolonger le traitement pendant un temps à la fois nécessaire et suffisant.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 13 mars 1945

Nécrologie. — Le président fait part à l'Académie du décès de MM. L. Arthus (de Lausanne) et M. Peiiu (de Lyon), membres correspondants, et prononce une brève allocution.

M. A. Boivin donne lecture d'une notice nécrologique sur M. Nicloux, correspondant national.

La fièvre typhoïde, maladie d'intoxication. Etude des deux toxines (neurotoxine et entérotoxine) secrétées par son bacille pathogène. — M. Hyacinthe Vincent. — (Lecture commencée à la séance du 6 mars et continuée le 13 mars 1945).

« I. — Considérée partout comme une infection de caractère septicémique, la fièvre typhoïde relève, en réalité, ainsi que je l'ai montré, par ses symptômes classiques et par ses lésions intestinales et autres, de deux toxines sécrétées par son bacille pathogène :

1° La *neurotoxine* qui porte ses effets sur le système nerveux central ;

Et 2° *l'entérotoxine* qui se fixe sur l'intestin, les plaques de Peyer, les viscères abdominaux.

Certaines constatations m'ont conduit à étudier le problème de la pathogénie exacte de la fièvre typhoïde :

a) La dualité classique de ses symptômes cardinaux, nerveux et intestinaux ;

b) Les résultats paradoxaux de l'hémoculture, *positive* pendant plusieurs jours *avant* l'apparition des premiers symptômes de la maladie, alors que le sujet est d'apparence strictement normale ; *constante* pendant la première semaine de la maladie, qui est la période la plus bénigne ; *inconstante*, au contraire (positive seulement dans 32 p. 100 des cas) pendant la période la plus grave et souvent mortelle de la fièvre typhoïde. Ces constatations sont inverses de celles que donnent les septicémies véritables. Elles conduisent à présumer que le bacille typhique existant notamment pendant l'incubation dans le sang, donc dans le système nerveux et dans l'organisme tout entier, est inoffensif *par lui-même*. C'est, qu'en effet, il n'agit que par ses toxines qu'il sécrète surtout à partir du second septenaire.

La durée de l'incubation n'est, du reste, en rien abrégée à la suite de l'absorption accidentelle ou volontaire (suicide) de quantités colossales de bacilles typhiques (3 cas personnels).

Enfin l'autopsie de sujets ayant succombé à des formes nerveuses suraiguës de fièvre typhoïde (3 cas personnels, dont un suivi de mort au 5e jour), ne m'a révélé aucune lésion macroscopique ou microscopique du cerveau ou des méninges. Pareille constatation avait été faite par Louis, Andral, Duchek, etc.

Dans les cas où l'autopsie m'a montré des lésions du cerveau, j'ai toujours constaté la présence de microbes associés : streptocoque, staphylocoque, B. coli, bacille de Friedlander, bacille pyocyanique, bacille de Pfeiffer, etc.

Divers auteurs ont admis l'existence d'une toxine strictement incorporée au bacille et ne passant pas à travers le filtre (Pfeiffer, Brieger, Wassermann et Kitasato, etc.). Mais, d'après Funck, cette opinion n'a pas été démontrée.

On a donc conclu, d'une manière unanime, que la fièvre typhoïde est une *septicémie véritable* et même comme « le type le plus achevé des septicémies ». A l'inverse de cette interprétation, j'ai démontré, depuis 1915 et je vais en apporter la confirmation, que le bacille typhique est, non seulement dans les conditions de son développement chez l'homme, mais encore expérimentalement, une maladie de nature essentiellement toxémique, régie ou commandée par les poisons solubles sécrétés par son bacille pathogène. »

« II. — La *neurotoxine* typhoïdique n'existe pas dans les milieux usuels et les conditions ordinaires de culture. Seule l'entérotoxine est présente en certains cas. Pour obtenir l'une et l'autre, il faut s'adresser à des souches récentes, et les cultiver successivement dans des conditions analogues à celles de leur culture *in vivo* :

1° Développement initial et adaptation du bacille par la culture « en inoculation protégée » que j'ai fait connaître en 1938 ;

2° Ensuite, culture en bouillon faite en sac de collodion inséré en péritoine de cobaye.

La technique précédente donne lieu, après plusieurs passages, à la production souvent intense des deux toxines. La culture doit être très épaisse, laiteuse. Le sac est retiré au 4e jour pour l'obtention de la neurotoxine et au 6e ou 7e jour pour celle de l'entérotoxine.

Filtrée et injectée aussitôt après, la culture de quatre jours tue la souris à la dose d'une à deux gouttes, le cobaye de 250 gr. à la dose de six à huit gouttes. Ce dernier tombe, au bout de deux heures, dans la stupeur absolue ; affalé sur le ventre, il meurt dans cette position après 12 à 18 heures. L'injection intraveineuse chez le lapin donne lieu aux mêmes symptômes de torpeur complète entrecoupée parfois de tremblement. Aucune lésion du cerveau, des méninges, de l'intestin ou des viscères abdominaux.

La toxine neurotrope est *hyperlabile*, *autolabile*, *thermolabile* (55°-56°), etc. Elle commence à perdre spontanément ses propriétés au bout d'une heure ; après quelques heures, elle est à peu près sans action. Conservée au froid et dans le vide, elle se maintient active un peu plus longtemps.

Broyée avec un fragment d'écorce cérébrale, dans un peu d'eau physiologique, la neurotoxine perd tout pouvoir pathogène, ce qui confirme son affinité pour le système nerveux central. »

« III. — *L'entérotoxine* typhoïdique est beaucoup plus résistante. Elle conserve son activité pendant deux ou trois mois. Elle est *thermostabile*, détruite seulement à 85°, ce qui permet de la séparer facilement de la précédente pour en étudier expérimentalement les effets. Comme pour la toxine neurotrope, certaines souches microbiennes sont plus particulièrement productrices d'entérotoxine.

Injecté au cobaye ou au lapin (ce dernier est très sensible à l'injection intraveineuse), le filtrat de culture en sac de collodion chauffé à 70° pour en détruire la neurotoxine, tue ces animaux en 18 à 36 heures, provoquant le ballonnement et la douleur abdominale, des évacuations alvines.

A l'autopsie, lésions intestinales parfois énormes : congestion, foyers hémorragiques tuméfactions et ulcération des plaques de Peyer, contenu intestinal liquide sanguinolent. Foie un peu mou, vésicule biliaire distendue par la bile albumineuse, etc. Les reins, les capsules surrénales, les organes génitaux internes des femelles, sont fortement congestionnés.

Rate à peu près normale. Je considère que cet organe a un rôle surtout défensif à l'égard des bacilles. Si, en effet, en même temps que l'entérotoxine on injecte au cobaye des bacilles typhiques tués, on détermine l'hypertrophie de la rate. J'ai démontré que la même augmentation de volume de la rate se manifeste, chez l'homme atteint de fièvre typhoïde (*spléno-réaction*) si on lui injecte du bacille typhique tué.

Il y a lieu d'insister sur la lésion congestive constante des capsules surrénales déterminée par l'injection de la toxine entérotrope.

Cette lésion est parfois la seule observée chez les animaux morts précocement. Elle est donc, également, élective. Elle apporte l'explication de certains symptômes si fréquents et si importants observés chez les typhoïdiques : défaillance cardiaque, hypotension, dicrotisme du pouls, dyspnée, état syncopal, stase pulmonaire et ses conséquences, etc., et la démonstration rigoureuse de leur origine toxique.

L'injection associée des deux toxines détermine la production associée aussi des symptômes et des lésions signalés ci-dessus et réalise intégralement tout ce qu'on observe dans la fièvre typhoïde.

Les chevaux à qui on injecte, pour les immuniser, les deux toxines à doses très faibles, et très prudentes, présentent en raccourci les mêmes symptômes (stupeur, diarrhée) et meurent assez souvent. C'est pourquoi la production du sérum thérapeutique est très longue à obtenir.

Ainsi qu'on le voit, on réalise expérimentalement chez les animaux et en *l'absence du bacille typhique*, l'ensemble des symptômes et des lésions intestinales et viscérales qu'on observe dans la fièvre typhoïde, par l'injection des seules toxines sécrétées par le bacille typhique : la neurotoxine et l'entérotoxine. Ces deux toxines spécifiques sont entièrement indépendantes l'une de l'autre par leurs propriétés biochimiques, pathogènes et immunigènes.

La fièvre typhoïde est, en conséquence, *une maladie d'intoxication*. Elle se rattache au groupe des maladies essentiellement toxémiques telles que la diphtérie ou le tétanos. »

L'installation d'électroencéphalographie de l'Institut de neurobiologie de la Salpêtrière. — MM. Guillain et I. Bertrand. — S'aidant de projections, les auteurs présentent ce qu'ils ont pu réaliser à la Salpêtrière et qui répond non seulement aux exigences de la simple pratique neurologique, mais aux recherches scientifiques les plus poussées. Grâce aux subventions de l'Institut Rockefeller et d'autres donateurs il a été possible de créer un ensemble d'oscillographes cathodiques et d'amplificateurs à la fois très sensibles et parfaitement isolés, qui permettent une amplification de 10 millions en excluant pratiquement tout parasite et toute distorsion des courants.

Election. — M. Clovis Vincent est élu membre titulaire dans la II° section (chirurgie).

Séance du 20 mars 1945

Présentation de films du Service de santé de l'Armée américaine. — MM. les médecins colonels Doan et Bailey présentent deux films en couleur et sonorisés ayant trait à la « Réhabilitation ». Par ces mots les médecins des E. U. entendent l'ensemble des moyens propres à la fois à la rééducation fonctionnelle du blessé et à sa réadaptation psychologique, pour supprimer l'infériorité physique et le complexe d'infériorité du mutilé, aussi bien pour la reprise de l'activité militaire que pour la vie civile. Commencé dès les premiers jours du traitement au lit ce traitement comprend, soigneusement gradués, des conférences, des cours, des jeux, des exercices de complexité croissante faisant appel à la fois à la force et à l'adresse. Il y a des exercices ambulatoires, des travaux d'atelier, de la mécanothérapie instrumentale et l'on aboutit *in fine* à la marche et à l'athlétisme. Le sujet finit par des marches de 25 km. En plus de la réadaptation à une vie normale, on obtient par cette méthode une très notable diminution de la durée d'hospitalisation.

Un autre film présente en fonctionnement des appareils de prothèse pour amputés des deux mains.

M. le Président remercie nos confrères américains pour leur remarquable présentation.

Problèmes d'hygiène d'habitation. — M. Besson. (Présentation par M. Tanon.)

Chromovaccination des pasteurelloses. — M. Remlinger. — Une méthode simple et économique d'immunisation peut être tirée de l'action sur les Pasteurellae des matières colorantes courantes : fuchsine basique ou violet de gentiane, par exemple, qui sont préférables aux antiseptiques couramment proposés. Une vaccination effective et spécifique peut être obtenue par une très petite quantité de culture fuchsinée, même ancienne. Ce sont bien ici les corps bacillaires qui ont le rôle d'antigène actif.

Influence suivant les âges des restrictions alimentaires et des conditions d'existence pendant la guerre. — M. A. Lumière. — Le rationnement a causé des ravages chez les sujets ayant dépassé la soixantaine et chez les adolescents au moment de la puberté ; la suppression de certains excès alimentaires et surtout la restriction de l'alcool ont compensé pour les autres périodes de la vie les influences malfaisantes du rationnement et de la vie difficile. Il semble qu'il faille, chez l'adolescent, incriminer très gravement les excès sportifs.

Epreuves de broncho-constriction et de broncho-dilatation par aérosols. Emploi pour le dépistage, la mesure et le contrôle des insuffisances respiratoires chroniques. — M. R. Tiffeneau et Mlle Marcelle Beauvallet. — (Présentation par M. Fiessinger.) Discussion : M. Laubry.

Séance du 27 mars 1945

Nécrologie. — Notice nécrologique sur M. Barrier, par M. G. Petit.

Micro-réactions avec le sérum liquide par les techniques ordinaires grâce aux micro-gouttes. — M. Gougerot et Mlle Hery. — Les micro-réactions sont de plus en plus employées pour le dépistage de la syphilis dans les collectivités ou lorsqu'une ponction veineuse est difficile ; pratiquées comme d'habitude sur buvard imprégné de sang et séché elles exposent à nombre d'erreurs. Mieux vaut pratiquer la technique courante en employant des pipettes donnant des micro-gouttes (40 au cmc.) après prélèvement à l'oreille ou au doigt. 6 à 8 gouttes suffisent aux réactions classiques ; on recueillera le sang dans un tube approprié (tube de Durban). Le temps d'inactivation est réduit à 10 minutes ; la lecture du Kahn se fait au microscope.

Le biotropisme local. — M. Milian. — A côté du biotropisme général, il existe un biotropisme local, manifestation au lieu d'une inoculation, en particulier de médicaments chimiothérapiques, d'un réveil microbien par suite de l'existence dans la circulation générale d'un micro-organisme. Commentant diverses observations personnelles, l'auteur propose des conclusions quant au mécanisme des cuti et intradermoréactions.

L'organisation de la réanimation-transfusion en Afrique française pendant la guerre. — M. Benhamou. — Ebauchée en Afrique du Nord, dès la reprise des hostilités et ayant pris une importance graduellement croissante en Tunisie, en Italie puis en France, cette organisation comprend une maison-mère — préparant les produits nécessaires (sang conservé, plasma, sérum) et les sérums-tests et lieu d'instruction des médecins — et une aile marchante formée d'équipes de réanimation-transfusion munie d'un matériel *ad hoc* et intermédiaire au triage et à la formation opératoire.

A la base de l'aile marchante, l'organisme de réanimation-transfusion reçoit et stocke le sang venu d'Alger par avion et prélève du sang sur les recrues à l'instruction.

De graves difficultés industrielles (verre, caoutchouc, aiguilles, caisses froides) durent être résolues.

Cette organisation trouvera sa place aux colonies et dans la brousse, comme présentement au front.

La situation actuelle du thermo-climatisme. — MM. Flurin et Justin-Besançon. — Guerre et occupation ont dévasté un armement sanitaire d'importance primordiale alors surtout qu'il faudra rendre la santé à ceux qu'ont atteint la guerre, la captivité et la déportation. Une réquisition inconsidérée irait à l'encontre des besoins et compromettrait l'existence d'une valeur nationale indispensable.

L'Académie émet donc le vœu suivant :

1° Que les stations thermales et climatiques soient utilisées uniquement comme centres de cure et de soins ;

2° Que dans les principales stations, 50 % de l'hébergement soient réservés aux justiciables de la cure ; le reste réparti selon indications thérapeutiques au service de santé militaire, aux réfugiés, aux déportés ;

3° Que les établissements thermaux soient assimilés aux industries vitales du pays et dotés des moyens de reprise de leur activité dès la présente année.

Essai de vaccination par scarification cutanée chez le glucido-lipidique.

Des syndromes provoqués par les antigènes glucido-lipidiques. — M. VIOLLE. (Présentation par M. LEMIERRE.)

Diagnostic de la gestation chez la jument. — M. ROUSSEL rappelle les différentes méthodes chimiques, physico-biologiques et biologiques utilisées pour le diagnostic de la gestation chez la femme ; il a essayé de les appliquer au diagnostic de gravidité de la jument, ainsi que quelques autres épreuves inédites.

Il ne retient finalement que : *a*) la mise en évidence de l'hormone gonadotrope du sérum à partir du 40e jour (diagnostic précoce) et *b*) l'épreuve de fluorescence des extraits chloroformiques d'urine au 150e jour (diagnostic tardif).

La seconde technique donne pratiquement 100 % de certitude ; la première comporte 8 à 10 % d'erreur. Toutefois, après plus de 5.000 essais, c'est à celle-ci que l'auteur accorde la préférence en raison de sa précocité ; il la considère comme la méthode de choix pour les éleveurs et les industries d'extraction des hormones à partir des humeurs de jument gravide.

Elections. — M. CHIRAY est élu membre titulaire dans la section de médecine en remplacement de M. Lereboullet.

Commissions des Prix pour 1945

Académie, Alvarenga, Larrey, Le Piez : MM. Guillain, Baudouin, Chevassu, Rouvillois.

Burgkly, Martignoni, Monbinne, Pannetier, Perron : MM. Rouvillois, Laignel-Lavastine, Fiessinger, Fabre, Labey.

Bouchet-Renault, Huchard : MM. Bar, Hartmann, Lemierre, Ramon, Benard, Gas, Fabre.

Jansen : MM. Tiffeneau, Roussy, Polonovski, Levaditi, Bénard. Gougerot, Courrier, Fiessinger, Boivin, Hérissey, Tréfouel, Fabre.

Médecine générale. — Prix Argut, Barbier, Daudet, Desportes, Dreyfous, Gueretin, Guzman, Hadot, Itard, Louis, Ollive, Potain : MM. Laubry, Villaret, Vincent, Renault, Le Noir, Laignel-Lavastine, Clerc, Gougerot, Fiessinger, Aubertin, Dujarric de la Rivière, Brumpt, Goris, Duhamel, Tiffeneau, Lemierre, Binet, Urbain.

Nutrition. — Prix Cailleret, Dr Dragovitch, Ricaux (diab.) : MM. Rouvillois, Binet, Bazy.

Neuro-psychiatrie. — Prix Civrieux, Day, Mme Dragovitch, Falret, Herpin (de Genève), Leveau, Lorquet, Magnan : MM. Guillain, Laignel-Lavastine, Binet.

Dermatologie et maladies vénériennes. — Prix Fondation Anonyme, Ricord, Roussilhe : MM. Milian, Rouvière, Gougerot, Fiessinger, Sézary.

Anatomie pathologique. — Prix Helme, Mège, Portal, Saint-Lager : MM. Ameuille, Tanon.

Hygiène et maladies contagieuses. — Prix Clarens, Fournier, Guillaumet, Hadot, Liard, A.-J. Martin, Mesureur, Morin, Vernois : MM. Vincent, Renault, Brouardel Lesné, Tanon, Fiessinger, Lemierre, Ramon, Tréfouel, Fabre.

Tuberculose. — Prix Audiffred, Boggio, Chevallier, Merville, Berthe Péan, Ricaux : MM. Roussy, Courcoux, Brindeau, Lesné, Debré, Brouardel, Ameuille, Rouvillois, Guérin, Mocquot.

Cancer. — Prix Berraute, Bruninghaus, Chevillon, Combe, Marmottan : MM. Hartmann, Roussy, Ameuille, Polonovski, Lemaitre.

Chirurgie générale. — Prix Godard, Laborie, Reboulcau : La section et M. Fiessinger.

Obstétrique, gynécologie. — Prix Barthélemy, Jacquemier, Tarnier : MM. Brindeau, Mocquot, Bazy.

Spécialités chirurgicales. — Prix Meynot, Fayet : MM. Ombrédanne, Lemaitre, Rochon-Duvigneaud.

Anatomie et physiologie. — Prix Bourceret, Pourat, Sée : MM. Rouvière, Laubry, Bénard.

Physique et chimie. — Prix Apostoli, Buignet : MM. Strohl, Hérissey, Tiffeneau, Fabre.

Médecine vétérinaire. — Prix Reynal, Cadiot : La section et MM. Ramon, Urbain.

Pharmacie. — Prix Demarle, Nativelle : La section et MM. Tiffeneau, Brocq-Rousseau.

Eaux minérales. — Prix Capuron, Robin : MM. Laignel-Lavastine, Villaret, Polonovski, Lœper, Delépine, Hérissey.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 14 MARS 1945

Hématome périrénal révélateur d'une myosite suppurée du psoas. — M. PARNEIX. — M. D'ALLAINES rapporte cette observation dans laquelle il semble s'être agi d'une myosite à streptocoques secondaire à une blessure de guerre.

Notes sur deux cas de tétanos post-abortum. — MM. D'ALLAINES et DUBOST. — Dans la première observation, mort cinq jours après l'hystérectomie ; dans le deuxième cas, hystérectomie cinq jours après le début des accidents ; guérison. Les auteurs ont eu l'impression que les injections d'acide phénique avaient été pour beaucoup dans cette évolution favorable.

Sur les aspects radiographiques du cancer de l'estomac. — M. SÉNÈQUE revient sur les signes de début du cancer de l'estomac à propos de cinq observations personnelles ; la gastroscopie permet d'affirmer le siège gastrique de la lésion. Il montre l'intérêt de la méthode radio-chirurgicale dans le dépistage précoce de cette lésion.

M. J. GOSSET rappelle la nécessité d'une technique radiologique parfaite ; aucune image n'est d'ailleurs pathognomique du cancer au début et le diagnostic ne peut être fait que sur la comparaison de clichés successifs faits après protéinothérapie intraveineuse.

M. BROCQ fait des réserves sur les tests qui permettent d'affirmer la dégénérescence cancéreuse d'une lésion ulcéreuse de l'estomac.

SÉANCE DU 21 MARS 1945

Kyste hydatique du médiastin postérieur. Ablation extrapleurale. Guérison par première intention. — M. Olivier MONOD. — M. R. MONOD rapporte cette observation remarquable par le siège intra-médiastinal de la tumeur.

Thoraco-phréno-laparotomie pour hernie diaphragmatique. — M. Olivier MONOD. — M. R. MONOD, rapporteur ; il s'agissait d'une hernie consécutive à une blessure de guerre.

Une observation de rupture du crémaster. — M. MASMONTEIL. — M. GOUVERNEUR rapporte cette observation dans laquelle la rupture s'est produite au cours d'un effort violent.

Fracture de la première vertèbre lombaire. Paraplégie et rétention d'urine consécutives. Laminectomie. Guérison. — M. MAGNANT. — M. PETIT-DUTAILLIS, rapporteur. — Après réduction orthopédique de la fracture, laminectomie qui permet d'enlever l'apophyse articulaire qui comprimait la moelle. Guérison extrêmement rapide.

Réflexions sur un cas d'éléphantiasis étudié par lymphographie. — M. SERVELLE. — M. HEPP montre l'intérêt de cette exploration qui permet de vérifier l'état respectif des circulations veineuses et lymphatiques qui peuvent être responsables de ces œdèmes.

Technique opératoire et table chirurgicale. — M. HEITZ-BOYER présente une table chirurgicale très perfectionnée sur laquelle on peut pratiquer toute intervention et utiliser à tout instant un contrôle radiologique.

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DE L'ŒSOPHAGE

(Suite et fin) (1)

Accidents évolutifs.

L'évolution d'un cancer de l'œsophage est souvent marquée par des accidents, dont certains peuvent constituer d'ailleurs autant d'épisodes terminaux éventuels :

1° nous avons déjà souligné la possibilité d'un *spasme* soudain, réalisant une oblitération aiguë et complète. Cet accident se révèle parfois par l'*arrêt d'un corps étranger;*

2° l'aggravation de la dysphagie n'est pas toujours liée au spasme; il s'agit alors d'une *poussée d'œsophagite.* L'œsophagite est due à la stase alimentaire, elle complique souvent un épisode de spasme, la déglutition d'un corps étranger, parfois une séance endoscopique;

3° les *hémorragies* peuvent être provoquées par une exploration, surtout dans certains cancers bourgeonnants et friables. Mais elles peuvent apparaître *spontanément*, tantôt occultes, se résumant en melœna et anémie progressive, tantôt se traduisant par une hématémèse. L'hémorragie cataclysmique par ulcération vasculaire est rare, presque toujours annoncée par un suintement prémonitoire;

4° les *compressions nerveuses* tiennent une place de tout premier plan dans l'histoire lamentable de bien des malades; elles sont provoquées moins par la tumeur proprement dite que par les ganglions et la médiastinite :

— les névralgies intercostales ou cervicales, rebelles à la morphine, se voient dans presque tous les cas avancés;

— les compressions du *phrénique* provoquent du hoquet et des troubles de la motilité du diaphragme;

— les compressions du *vague* provoquent une toux coqueluchoïde, des crises angineuses, des troubles du rythme cardiaque; elles comportent un danger permanent de mort subite par syncope;

— les compressions *récurrentielles*, enfin, se voient dans au moins deux cas sur dix, soit unilatérales, le plus souvent à gauche, soit, dans les cancers haut situés, bilatérales, provoquant des accidents laryngés graves : paralysies et spasmes de la glotte qui demandent souvent une trachéotomie d'urgence;

5° les *perforations*, qu'on rapporte si volontiers à une manœuvre instrumentale, sont bien souvent spontanées. Exceptionnellement, elles se font de dehors en dedans, par ouverture dans le conduit d'un abcès. Le plus souvent la perforation se fait de dedans en dehors, à bas bruit, soit dans le médiastin, soit dans un gros vaisseau, parfois dans l'arbre trachéo-bronchique. Certaines perforations restent latentes, parce que couvertes par un bourgeon cancéreux. Parfois, on découvre une fistule œsophago-bronchique au hasard d'une radioscopie, en voyant la bouillie passer dans une bronche et provoquer une quinte de toux. Le plus souvent la perforation est suivie d'accidents de broncho-pneumonie, de gangrène pulmonaire, de médiastinite fluxionnaire ou suppurée dont l'évolution se juge en quelques jours.

L'évolution du cancer non traité est donc rapide : si le sujet échappe à l'un de ces nombreux accidents, c'est presque toujours pour succomber en quelques mois dans une cachexie famélique.

(1) Voir *Gaz. Hôp.*, n° 7, 1945, p. 109.

Les *métastases*, rarissimes pour les classiques, deviendront sans doute plus fréquentes à mesure que les progrès du traitement auront retardé l'évolution de ces tumeurs.

Formes cliniques.

a) *Suivant le siège :*

1° le cancer *médiastinal* est le plus fréquent, le plus dangereux par ses rapports vasculaires, le plus difficilement accessible à l'exploration chirurgicale;

2° le cancer *cervical* est le plus dysphagique. Il menace plus particulièrement la trachée et les deux récurrents. Lorsqu'il est haut situé, c'est lui qu'on aborde le moins malaisément;

3° le cancer de la *région phréno-cardiaque* est très dysphagique et spasmogène, son interprétation radiologique et endoscopique comporte souvent de ce fait de grosses difficultés. Il arrive que sa séméiologie soit plutôt gastrique qu'œsophagienne, ce qui peut dérouter pendant des semaines le malade de l'examen endoscopique dont il aurait besoin.

Alors que tous les autres cancers de l'œsophage sont des épithéliomas malpighiens, il arrive que ces cancers bas situés soient de type cylindrique. Ce fait prête encore à bien des controverses pathogéniques.

b) *Cancer secondaire.*

Nous avons déjà signalé la possibilité du développement d'un cancer sur une lésion pré-existante : sténose inflammatoire, cicatrice, voire même à l'extrémité inféreure d'un méga-œsophage. Ce danger est rare, mais justifie néanmoins une surveillance endoscopique régulière.

c) *Cancers latents.*

Les cancers latents représentent au moins 2 % des cas, proportion loin d'être négligeable. Ce sont des formes ni sténosantes, ni dysphagiques; bien des paralysies récurrentielles, surtout bilatérales, bien des abcès putrides du poumon, bien des compressions médiastinales d'origine indéterminée n'ont pas d'autre origine. Le dépistage de tels cancers est d'autant plus difficile que, s'il existe des formes latentes cliniquement, il est aussi des formes latentes radiologiquement; le transit œsophagien semble normal et on hésite à imposer dans ces conditions l'endoscopie qui seule révèlerait la lésion.

Diagnostic.

Le diagnostic précoce, le seul intéressant, procède par étapes. L'*étape clinique* incombe le plus souvent à un clinicien non spécialisé : il faut éliminer les dysphagies d'origine pharyngée, ne pas prendre ceux qui n'ont que des troubles discrets pour des tachyphages ou des névropathes. L'*étape radiologique* montre presque toujours qu'il y a un obstacle permanent : même si l'on ne peut que soupçonner le cancer, du moins est-on déjà renseigné sur sa localisation. Et c'est au cours de l'*étape endoscopique* qu'on doit faire le diagnostic de certitude : même si le caractère néoplasique de la lésion ne fait pas de doute à la vision directe, c'est la *biopsie*, et la biopsie seule qui doit trancher définitivement le débat; nous avons longuement insisté sur ses difficultés et aussi sur ses dangers.

Dans ces conditions, le *diagnostic différentiel* du cancer de l'œsophage apparaît surtout comme théorique :

1° au point de vue *clinique*, les cancers latents ou à séméiologie anormale seuls peuvent prêter à discussion, avec les autres

facteurs de compression régionaux, goitres aberrants, cancers broncho-pulmonaires ou du médiastin, etc..., parfois avec une affection gastrique;

2° au point de vue *endoscopique*, il faut parfois discuter les néoplasies bénignes, très rares, certaines lésions tuberculeuses ou syphilitiques, certaines cicatrices, rarement les compressions extrinsèques.

TRAITEMENT PALLIATIF.

a) *Soins communs à tous les cas :*

1° hygiène bucco-pharyngée sévère;

2° il faut assurer l'alimentation et la réhydratation du malade par tous les moyens. Proscrire tout aliment dur, se méfier du lait, s'il y a de la stase, par crainte de la fermentation. Conseiller, en dehors des laitages, des purées, des légumes frais tamisés, des boissons sucrées. De temps en temps, alterner toute la gamme des antispasmodiques, en ayant soin de ménager des repos;

3° en cas de dysphagie grave, il faut recourir au sérum, rectal et sous-cutané, aux lavements alimentaires. La *gastrostomie* ne doit pas être faite systématiquement; même continente, c'est une infirmité pénible. Mais on ne doit jamais attendre pour l'envisager que le sujet soit cachectique et déshydraté. Faite au bon moment, elle rend service, calme l'œsophagite; souvent elle permet au malade de reprendre par la suite une alimentation partielle par la voie normale. En cas de complication, hémorragie grave, fistule œsophago-bronchique, il faut bien entendu l'exiger sans retard.

b) *Radiations :*

1° la radiothérapie profonde peut être tentée, sur une tumeur parfaitement repérée, au moyen d'une sonde opaque et du crayon dermographique;

2° à l'œsophage cervical, on a tenté d'utiliser des colliers radifères;

3° en l'état actuel de la technique, la *sonde radifère* semble la solution la moins mauvaise. Il faut irradier la tumeur sur toute sa hauteur, mais n'irradier qu'elle. Un repérage très précis de la lésion et de ses pôles est indispensable. On facilite l'alimentation en faisant des irradiations discontinues. Les doses varient avec les auteurs, par exemple 30 à 35 mcd. en 300 heures réparties sur deux à trois semaines. La méthode doit être évitée dans les cancers très infectés, il faut se méfier des fausses routes, des hémorragies, des perforations par sphacèle d'une paroi saine.

De toute façon, les résultats ne sont que temporaires.

c) *Dilatation :*

Dans les formes très sténosantes, rares, on peut essayer une dilatation prudente, sous contrôle endoscopique. Certains auteurs ont même proposé une intubation à demeure. Les résultats ne valent jamais ceux de la gastrostomie.

TRAITEMENT RADICAL.

Le traitement vraiment radical du cancer de l'œsophage n'appartient pas aux radiations : leur radio-résistance habituelle, la difficulté de les irradier à doses suffisantes sur toute leur hauteur, l'intolérance d'une muqueuse mince et fragile, la richesse du réseau lymphatique, les rapports vasculaires dangereux, tout s'allie contre les succès des agents physiques sous leur forme actuelle.

L'avenir appartient donc plutôt à la chirurgie. Bien entendu, il ne saurait être question de traitement radical que pour une lésion très récente, minuscule, bien localisée, n'intéressant que la seule paroi du conduit.

Le problème est double : il faut faire une exérèse suffisante, il faut rétablir la continuité du conduit. Ces deux exigences sont contradictoires, l'œsophage ne se laissant guère étirer et se prêtant mal aux sutures :

1° l'exérèse d'un *cancer cervical* ne comporte pas, théoriquement, de difficultés extraordinaires, surtout si la lésion est haute et si on peut aboucher le bout inférieur à la peau. Il faut ménager les récurrents;

2° l'exérèse d'un cancer de l'*œsophage médiastinal* a quitté le domaine expérimental (Garlok, Santy et Ballivet). On emploie en général la voie trans-pleurale, du côté droit, au moins pour les deux tiers supérieurs, pour n'être pas gêné par l'aorte : on lie et on sectionne la crosse de l'azygos.

CONCLUSION.

De nos jours, le pronostic du cancer de l'œsophage s'améliore incontestablement. Une minorité de malades peuvent bénéficier d'une exérèse efficace. Et les malades vus précocement peuvent presque tous, grâce à des soins bien conduits, bénéficier d'une survie appréciable.

Pierre-Louis KLOTZ.

BIBLIOGRAPHIE

La technique de la bronchoscopie exploratrice, par le Dr Jean E. BARATOUX, médecin-assistant de l'hôpital Saint-Joseph. Un volume in-8 raisin sur papier bouffant, orné de 54 gravures hors-texte tirées sur papier couché. Prix : 45 francs. J. Peyronnet et Cie, éditeurs, 33, rue Vivienne, Paris (2e).


"DIVINUM EST OPUS SEDARE DOLOREM"
HOMOPAVINE
PLUS ACTIVE QUE LA
MORPHINE
MIEUX TOLÉRÉE QUE L'
OPIUM
pas de constipation
ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE
AUX
LABORATOIRES DAUSSE, 4, RUE AUBRIOT, PARIS, 4e


PANTOPON
ROCHE
OPIUM TOTAL
SOMNIFÈNE
ROCHE
HYPNOTIQUE
SÉDOBROL
ROCHE
TRAITEMENT BROMURÉ
SÉDORMID
ROCHE
HYPNOGÈNE
ALLONAL
ROCHE
ANALGÉSIQUE
PRODUITS "ROCHE"
10, RUE CRILLON, PARIS

Imp. Tancrède, 15, r. de Verneuil, Paris (VIIe) Dépôt légal. — 1945. — 2e Trim. — N° 1. — Le Directeur-Gérant : F. Le Sourd.

N° 9. — 1er MAI 1945 | 118e ANNEE | Ce numéro : 4 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 100 fr. Etudiants, 50 fr. ; Etranger, 150 et 180 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

LE RETOUR DES PRISONNIERS

Après cinq ans de la plus cruelle des captivités, ils reviennent à une cadence accélérée, nos chers prisonniers et déportés. La victoire foudroyante des armées alliées, l'organisation extraordinaire et la fraternelle camaraderie de l'armée américaine précipite leur retour.

Quelles heures d'émotion intense pour ceux qui attendent un être cher ! Quel déchirement pour ceux qui n'attendent plus rien...

Maintenant nous apprenons avec plus d'horribles détails les souffrances, le martyre sans nom supportés par les nôtres. Et nous ne savons plus quel est le sentiment qui l'emporte de la joie du retour ou de la juste colère contre l'immonde oppresseur aux abois.

Parmi les revenants se trouvent de nombreux médecins, des praticiens et d'illustres savants, martyrs de la Résistance ou otages pris au hasard.

A nos confrères libérés, nous adressons l'hommage de notre infinie gratitude. C'est pour nous tous qu'ils ont souffert.

Nous saluons avec une particulière émotion notre admirable confrère et ami, le professeur Charles Richet. Il débuta dans la Résistance en défendant à l'Académie les enfants de France « les plus mal nourris d'Europe ». Dans l'enfer de Buchenwald il fut celui qui soutint le courage et soigna le corps de ses camarades de douleur. Porteur d'un nom illustre, il l'a ennobli d'une façon inoubliable.

L'Académie de Médecine, dans sa séance du 24 avril, a reçu solennellement le professeur Charles Richet, qui prenait séance pour la première fois depuis son retour de captivité.

M. le président Georges Brouardel lui a dit en termes vibrants l'admiration et l'affection de tous ses confrères. M. Charles Richet a répondu en rappelant avec émotion le martyre de ses camarades de la Résistance, et le dévouement des médecins prisonniers. M. Cavaillon, secrétaire général à la Santé publique représentait le ministre, M. François Billoux, actuellement à San Francisco.

INFORMATIONS

Facultés de province

Bordeaux. — Un décret, en date du 13 avril 1945, approuve la délibération du Conseil de l'Université de Bordeaux, portant création d'un Institut de Kinésithérapie, relevant au point de vue scientifique de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux.

Le but de cet Institut est de constituer : 1° un centre d'études et de recherches scientifiques appliqué à la Kinésithérapie et à l'orientation professionnelle ; 2° un centre d'enseignement destiné aux étudiants et aux docteurs en médecine ainsi qu'aux personnes désirant préparer le diplôme d'état, conférant seul le droit d'exercer la profession de masseur médical.

(J. O., 15 avril 1945.)

— M. Labat a été nommé assesseur du doyen.

Lille. — M. Paucot, professeur de clinique obstétricale, est maintenu en fonctions jusqu'à la fin des hostilités.

Lyon. — M. Enselme, agrégé, a été nommé professeur sans chaire.

Ecoles de Médecine

Dijon. — M. de Girardier, professeur de pathologie externe, est transféré dans la chaire de clinique chirurgicale.

Tours. — M. Richard, professeur suppléant, a été nommé professeur titulaire de la chaire de clinique obstétricale, en remplacement du regretté professeur Roy, tombé sous les balles allemandes.

Santé publique

Académie de Médecine. — M. le Dr Gaston Roussel a été élu, le 24 avril, membre titulaire dans la section vétérinaire.

Commission permanente des stations hydrominérales et climatiques. — Sont nommés membres de cette commission pour une durée de quatre ans : MM. les Professeurs Lœper, Merklen (Nancy), Villaret, Santenoise, Dubrot (Lille), Chabrol, René Fabre, MM. les Drs Macé de Lépinay, Noël Deschamps, Flurin, Roubeau, Herbert, Violle et Mothe.

M. le Dr Flurin, président du Syndicat national des médecins des stations thermales, marines et climatiques, est nommé président de la commission.

Commission provisoire de gymnastique médicale

Il est créé une commission provisoire chargée d'étudier les modifications à apporter au décret provisoirement applicable du 13 août 1942 et de fixer en particulier le champ d'application de la gymnastique médicale, la liaison à établir avec les professions de masseur médical et de gymnaste, ainsi que les catégories qui seront soumises à la réglementation.

Elle est composée ainsi qu'il suit :

Président : M. le Dr Wibaux, directeur de la Santé.

Membres : MM. les Drs Balland, Le Cœur, Mme Champetier de Ribes, Mlle le Dr Danzig, MM. Deniker, Marcel Fèvre, Marcel Lance, Leveuf, Ruffier, Mme le Dr Triboulet-Chassevant.

Un technicien de l'éducation physique, non médecin, désigné par le ministre de l'éducation nationale.

Mme le Dr Le Grand Lambling, secrétaire.

(J. O., 8 avril 1945.)

Centres régionaux d'éducation sanitaire. M. le professeur Kühn est nommé directeur du Centre de Dijon.

M. le Dr Etienne Berthet, directeur de l'enseignement de la Croix-Rouge, est nommé directeur du Centre de Grenoble.

M. le Dr Walter Stewart, ancien interne des hôpitaux de Paris et chargé de cours à l'Ecole de Médecine de Rouen, est nommé directeur du Centre de Rouen.

Mme le Dr Masson, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Fains-les-Sources est nommée médecin directeur à l'hôpital psychiatrique de Châlons-sur-Marne.

M. le Dr Deshaies, médecin directeur à l'hôpital psychiatrique de Châlons-sur-Marne est affecté en la même qualité à l'hôpital psychiatrique de la Roche-Gaulon (Mayenne).

Education nationale

Enseignement supérieur. — M. Lirondelle est nommé directeur honoraire de l'enseignement supérieur.

M. Pierre Auger, professeur à la Faculté des Sciences de Paris, est nommé à titre provisoire directeur de l'enseignement supérieur. (J. O., 14 avril 1945.)

Intérieur

Office public d'hygiène sociale de la Seine. — Le « Journal Officiel » du 11 avril 1945 publie le décret du 9 avril fixant les traitements et classes des médecins de sanatoriums et préventoriums de l'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine. Ces traitements, suivant la classe, s'échelonnent de 60.000 fr. à 50.000 fr. pour les médecins directeurs. et de 42.000 fr. à 33.000 fr. pour les médecins adjoints.

Guerre

Comité militaire supérieur de la transfusion sanguine. — Un arrêté fixe la composition de ce comité, qui comprendra six membres civils, dont un représentant du Ministre de la Santé publique et sept membres militaires. Le président sera le médecin général inspecteur, inspecteur général technique du Service de Santé.

(J. O., 12 avril 1945.)

Mobilisation des médecins et étudiants en médecine des classes 1934 et 1933. — Le général gouverneur militaire de Paris et commandant la région de Paris communique :

Les médecins et les étudiants en médecine réservistes appartenant aux classes 1934 et 1933 sont rappelés sous les drapeaux à partir du 23 avril 1945.

Service de santé. — Le J. O. du 29 mars 1945 publie les arrêtés du 21 mars relatifs aux nominations et promotions pendant la durée de la guerre, des pharmaciens et étudiants en pharmacie, des chirurgiens-dentistes et des étudiants en art dentaire.

[Pour les promotions des médecins et étudiants en médecine, voir Gaz. Hôp., n° 3, 1er février 1945, page 46, et n° 7, 1er avril 1945, page 98.]

Marine

Ecole principale du service de santé de la marine à Bordeaux. — Un concours aura lieu au cours du 3e trimestre de l'année 1945 (en principe à Paris, Rennes, Bordeaux, Toulon et Alger).

Il sera ouvert, sous certaines conditions, aux étudiants en médecine titulaires de 4, 8, 12 et 16 inscriptions et respectivement âgés de 24 à 27 ans (la limite d'âge sera reculée d'un temps égal à celui passé sous les drapeaux).

Il sera mis au concours : pour les étudiants en médecine de 4 inscriptions : 95 places ; 8 inscriptions : 80 places ; 12 inscriptions : 40 places ; 16 inscriptions : 40 places. Ces places sont réparties entre la marine, l'aviation et les colonies.

S'adresser au Ministère de la Marine (direction centrale du service de santé), 2, rue Royale, à Paris, au plus tard le 1er juin 1945. (J. O. du 9 mars 1945.)

Médaille de la résistance française. — Médecin lieutenant-colonel Vaucel ; médecins capitaines Mauze et Lebreton ; à titre posthume : médecin lieutenant-colonel Maurice Labbé.

Légion d'honneur

Guerre. — Chevalier : médecin lieutenant Dumas (Pierre-Louis), du Ne Rég. d'Art. d'Afrique. (Croix de guerre avec palme.)

Médecin capitaine Mornas (Pierre-Jacques-Clément), du Ne Rég. de tirailleurs). (Croix de guerre avec palme.)

Médecin lieutenant Toussaint (Paul), du Ne bataillon de choc.

(Croix de guerre avec palme.)

Médecin capitaine Alcay, du Ne régiment de marche du Tchad.

(Croix de guerre avec palme.)

Médecin capitaine Cheynel, du Ne bataillon médical, tombé en Alsace, alors qu'à genoux il pansait un blessé (à titre posthume).

(Croix de guerre avec palme.)

M. Pergerot (Jean), médecin capitaine, chef d'Etat-Major du 3e bataillon médical.

M. Paupard (Raymond), médecin commandant du Ne bataillon médical.

(Croix de guerre avec palme.)

Médecin capitaine Guillon (Paul), Ne brigade française libre, pour prendre rang du 3 juin 1943, date d'attribution de la Croix de la Libération.

Médecin capitaine Genet (André), Ne bataillon Légion étrangère, pour prendre rang du 9 septembre 1942, date de l'attribution d'une citation à l'Ordre de l'Armée.

Médecin lieutenant Touati, du Ne bataillon médical (à titre posthume).

Médecin capitaine Dupuy (Marceau), du Ne commando d'accompagnement.

Médecin capitaine Aubert (L.-P.), du Ne régiment chasseurs d'Afrique.

Officier : Médecin sous-lieutenant Bal (Christian), du Ne groupe de tabors (déjà chevalier pour faits de guerre, titulaire de six citations).

Marine. — Chevalier : M. Gourves, médecin de 1re classe.

(Croix de guerre avec palme.)

Médaille militaire

Médecin auxiliaire Funck-Brentano (Jean, Louis, Théophile), du 25e bataillon médical.

Conductrice Bajeux (Marie-Rose), du Ne bataillon médical.

(Croix de guerre avec palme.)

M. Conte (Michel), médecin auxiliaire du Ne groupe de commandos de France.

(Croix de guerre avec palme.)

Médecin aspirant Maynard, du Ne régiment tirailleurs.

(Croix de guerre avec palme.)

Citations à l'Ordre de l'Armée

Médecin auxiliaire Nena, Ne régiment chasseurs d'Afrique ; Médecin auxiliaire Tabet, Ne R. T. M. ; Médecin sous-lieutenant Vedrenne, Ne groupe tabors.

(Croix de guerre avec palme.)

Médecin lieutenant Dupuy, du bataillon de choc ; Médecin capitaine Chavenon.

M. Théobald, médecin du bataillon médical, Ne division de marche d'infanterie.

Médecin capitaine Stora (Charles), Ne bataillon du génie.

Conductrice ambulancière Petit (Christiane), Ne spahis.

Lieutenant Torres (Suzanne), Ne bataillon médical.

Pharmacien auxiliaire Dissard (André). Ne bataillon médical.

Médecin capitaine Martin (Max), Ne bataillon médical.

(Croix de guerre avec palme.)

Association de la presse de l'Institut et des Sociétés Savantes. — L'Association réunie en Assemblée générale le 26 mars, à l'Institut, a procédé à l'élection de son bureau pour 1945.

Ont été élus : président, M. Chesnier du Chesne ; vice-présidents : MM. Georges Kimpfleu et le Dr François Le Sourd ; secrétaire général, M. Louis Chauvet.

Cours

Le Dr Pierre Puech, neurochirurgien en chef des hôpitaux psychiatriques de la Seine. fera une série de 15 conférences sur les traumatismes cranio-cérébraux, à l'amphithéâtre Magnan de l'hôpital Henri-Rousselle (Centre psychiatrique Sainte-Anne), 1, rue Cabanis.

Elles auront lieu les mardis et vendredis, à 18 heures, à partir du mardi 8 mai 1945.

Des travaux pratiques (technique opératoire, électroencéphalographie) seront adjoints aux conférences.

Nombre limité des places. S'inscrire à l'avance auprès de Mlle Beaudoin, service de neurochirurgie. hôpital Sainte-Anne, 1, rue Cabanis.

Cours de technique hématologique et sérologique, par M. le Dr Edouard Peyre, chef de laboratoire (Laboratoire d'anatomie pathologique, professeur M. Roger Leroux).

Ce cours comprendra 16 leçons et commencera le lundi 4 juin 1945, à 14 h. 30, pour se continuer les jours suivants : les séances comportent deux parties :

1° Un exposé théorique et pratique ;

2° Une application pratique où chaque auditeur exécutera les méthodes et les réactions indiquées.

Le droit à verser est de 500 francs. Le nombre des auditeurs est limité.

Seront admis les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatriculés à la Faculté sur la présentation de la quittance de versement du droit.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), tous les matins, de 10 heures à 12 heures et les lundis, mercredis et vendredis, de 14 heures à 16 heures.

Faculté de Médecine de Bordeaux

Clinique chirurgicale et gynécologique. — En raison des circonstances, le cours de perfectionnement de gynécologie du professeur Jeanneney est reporté à la première quinzaine d'octobre.

(Suite des informations, p. 145.)

LES LOBES AXILLAIRES DES POUMONS

Par MM. Warembourg, Schæpelynck, Graux et Prévost
(de Lille)

Aeby montra que les bronches intrapulmonaires naissaient du tronc souche comme des collatérales, suivant le mode monopodique et distingua un système ventral et un système dorsal; la bronche infracardiaque ou parabronche interne fut individualisée par la suite. Lucien et Weber signalèrent en 1933, au Congrès des Anatomistes de Lisbonne, qu'il y aurait lieu d'isoler un système nouveau à topographie externe ou axillaire, qu'ils appelèrent système parabronchique externe. Les éléments bronchiques ainsi isolés n'affectent pas, par rapport au tronc souche, des rapports aussi bien caractérisés que ceux des systèmes ventral et dorsal; ils peuvent, en effet, naître sur le tronc souche ou à son voisinage, sur des collatérales, mais ils méritent une description particulière, du fait de leur succession étagée et agencée, de leur direction générale et de leur territoire de distribution, situé en dehors de la portion de parenchyme aéré par les bronches ventrales et dorsales. D'après Lucien et Weber, le système parabronchique externe répond à la corticalité costale du poumon et y affecte une disposition en raquette à manche inférieur (figure 1); il est aéré par les parabronches externes de la manière suivante : la première (P. E. 1) gagne le lobe supérieur; la seconde (P. E. 2) se distribue au lobe moyen; la troisième, la quatrième et la cinquième (P. E. 3, P. E. 4, P. E. 5) se ramifient dans le lobe inférieur. Chaque parabronche répond à un secteur pulmonaire déterminé, qui reçoit aussi une artère particulière, comme l'ont établi les travaux de Lucien, Grandgérard et Weber. Trois d'entre nous, avec MM. Minet, Cordier et Fiévez, ont complété ces données à propos du secteur parabronchique externe supérieur; il reçoit non seulement une bronche (P. E. 1 de Lucien et Weber) et une artère propre, mais des veines particulières; il est entouré d'une mince cloison conjonctive et de telles caractéristiques permettent de considérer ce secteur comme une zone pulmonaire, que nous avons appelée zone externe supérieure. Cette zone peut être seule touchée par un processus pathologique, et nous avons constaté l'existence de zonites externes supérieures dues à la pneumonie, à la tuberculose ou à l'abcès du poumon. Deux d'entre nous, avec M. le

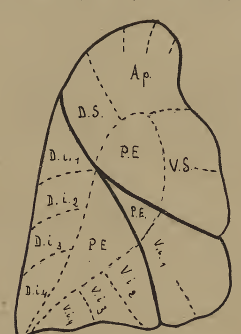


Figure 1

Les secteurs bronchiques de ventilation pulmonaire d'après Lucien (poumon droit). — Ap. : secteur apical; V. S. : ventral supérieur; V. i. 1, 2, 3, 4 : 1er, 2e, 3e, 4e ventraux inférieurs; D. S. : dorsal supérieur; D. i. 1, 2, 3, 4 : 1er, 2e, 3e, 4e dorsaux inférieurs; P. E. : parabronchique externe.

Professeur Minet, ont étudié tout particulièrement le siège variable de cette zone; elle peut être franchement externe, ou plus ou moins reportée vers l'avant; aussi, par rapport au carrefour scissural, peut-elle se trouver à cheval sur le carrefour (cas le plus fréquent) ou en avant de celui-ci, appuyée uniquement sur la petite scissure. Le secteur parabronchique externe du lobe moyen possède aussi les caractéristiques d'une zone pulmonaire, d'après les recherches poursuivies par deux d'entre nous, sous la direction de M. le Professeur Minet; un abcès de ce secteur a été observé.

Ainsi clinique et radiologie sont venues confirmer les travaux anatomiques de Lucien, et permettent d'affirmer que les secteurs parabronchiques externes supérieur et moyen au moins constituent des entités anatomiques, dont l'atteinte exclusive par un processus pathologique est possible, se traduisant par des images radiologiques particulières sur les clichés de face et de profil.

Mais un autre fait vient confirmer l'autonomie de plusieurs secteurs parabronchiques externes : leur isolement par une scissure surnuméraire, chez l'homme comme chez l'animal.

Les lobes axillaires en anatomie humaine

Déjà, en 1934, Lucien et Weber avaient décrit un lobe axillaire droit répondant au secteur parabronchique externe moyen (2e parabronche externe). Il faut en signaler une variante : un lobe axillaire droit groupant le secteur parabronchique externe moyen et la fraction inférieure du premier secteur ventral de Lucien.

Deux d'entre nous ont signalé récemment avec Fiévez l'existence d'une scissure surnuméraire isolant le secteur parabronchique externe supérieur droit (première parabronche externe).

Enfin la scissure horizontale postérieure, qui prolonge en arrière la direction de la petite scissure, peut n'isoler qu'une partie du lobe moyen postérieur, à savoir le premier secteur parabronchique externe inférieur (3e parabronche externe). Aussi est-il possible de distinguer trois variétés principales de lobes axillaires :

1° Le lobe axillaire supérieur.

Observé pour la première fois par deux d'entre nous et Fiévez, ce lobe, haut de trois centimètres à son maximum et terminé en avant par un angle aigu, se trouvait délimité en bas par les scissures normales, et en haut par deux scissures surnuméraires de la manière suivante (figure 2) :

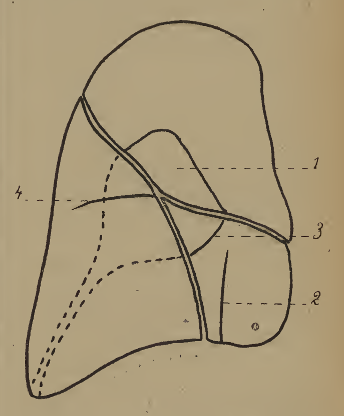


Figure 2

Les lobes axillaires. — 1. Lobe axillaire supérieur. — 2. Scissure limitant le lobe axillaire moyen (variété nouvelle). — 3. Scissure limitant le lobe axillaire moyen (variété classique). — 4. Scissure limitant le lobe axillaire inférieur.

— de la grande scissure, à environ deux centimètres en arrière du carrefour, partait une scissure surnuméraire, oblique en haut et en avant, longue de trois centimètres; de la petite scissure, à sept centimètres en avant du carrefour, se détachait une seconde scissure surnuméraire, oblique en arrière et en haut, longue de huit centimètres, et décrivant avec la précédente un angle obtus très arrondi, ouvert en bas. La limite inférieure de ce lobe répon-

dait par conséquent à deux centimètres de la grande scissure et à sept centimètres de la petite scissure.

2° Le lobe axillaire moyen.

Ce lobe a été décrit pour la première fois par Lucien et Weber, qui en ont observé un second cas; un tel lobe a été retrouvé par Christiæns. Une variante en a été signalée, et nous amène à distinguer deux types de lobe axillaire moyen :

A) Dans la variété classique, définie par Lucien et Weber, le lobe axillaire moyen répond à l'individualisation du secteur du lobe moyen aéré par la deuxième parabronche externe.

Une scissure, perpendiculaire aux plans scissuraux du lobe et pénétrant très profondément dans son parenchyme, scinde nettement le lobe moyen en deux portions : l'une antérieure, qui représente le premier secteur ventral; l'autre postérieure et externe à la fois, qui rentre dans les limites du territoire parabronchique externe (figure 2).

B) Dans la seconde variété, que Lucien a déjà signalée et qu'il nous a été donné d'observer, le lobe axillaire moyen groupe le territoire de la deuxième parabronche externe et la fraction inférieure du premier secteur ventral.

Sur la pièce que nous avons décrite, la scissure qui isole ce lobe s'observe sur la face externe du lobe moyen et sur sa face médiastinale; elle naît à proximité de l'extrémité inférieure de la grande scissure. monte sur les faces externe et médiastinale du lobe moyen en direction du sommet pulmonaire et s'arrête à un centimètre et demi de la petite scissure. Un pont fibreux, de un à deux millimètres d'épaisseur, sépare les fractions externe et médiastinale de cette scissure surnuméraire.

3° Le lobe axillaire inférieur.

Ce lobe est à détacher du lobe moyen postérieur décrit par Dévé en 1900. Rappelons tout d'abord que Dévé, sur 40 cas d'isolement de ce lobe, a trouvé 19 scissures incomplètes. Dans 7 cas, elle n'était marquée qu'au bord postérieur du poumon, sous forme d'une entaille ne rejoignant pas la scissure oblique en avant : dans 12 cas, il n'y avait qu'une simple fissure ou encoche de la lèvre postérieure de la scissure oblique, siégeant d'une façon constante en regard de l'origine de la scissure antérieure. Nous avons été amenés à penser que ce lobe, qui correspond à la zone dorsale moyenne de MM. Pierret, Coulouma, Breton et Devos, comporterait un territoire parabronchique externe. En effet, Lucien a noté que la première bronche dorsale (bronche de la zone dorsale moyenne) donnait constamment la troisième parabronche externe.

Nous avons injecté ce rameau sur un poumon qui présentait une scissure horizontale postérieure limitée à une encoche de la lèvre postérieure de la scissure oblique (encoche de trois centimètres); l'injection a intéressé toute la portion de parenchyme comprise entre la scissure surnuméraire et la grande scissure, à l'exclusion de la fraction plus postérieure (figure 2). Nous croyons donc pouvoir considérer cette disposition comme un lobe axillaire inférieur.

Remarquons toutefois qu'une scissure verticale, séparant le lobe axillaire inférieur du premier lobe dorsal n'a jamais été observée. Mais l'avenir peut nous révéler un tel fait, comme il peut montrer l'isolement des territoires des quatrième et cinquième parabronches externes. C'est d'ailleurs seulement après la communication de Lucien et Weber sur le système parabronchique externe que l'observation de lobes axillaires isolés est venue confirmer la justesse de leur conception.

Pour nous résumer, nous croyons pouvoir considérer le lobe moyen postérieur complet comme l'union de deux secteurs : le premier dorsal et le troisième parabronchique externe. Une scissure horizontale postérieure, n'entaillant que le bord postérieur du poumon et n'atteignant pas la grande scissure, limite seulement le premier lobe dorsal. Au contraire, s'il n'existe qu'une encoche de la lèvre postérieure de la grande scissure, n'allant pas jusqu'au bord postérieur du poumon, le lobe axillaire inférieur est seul délimité.

Chaque secteur du territoire parabronchique externe peut être groupé dans un lobe surnuméraire avec un secteur ventral ou dorsal, comme nous venons de le constater pour le troisième secteur parabronchique externe; on peut en rapprocher l'union dans le lobe moyen droit, du second secteur parabronchique externe avec le premier secteur ventral; la zone externe du lobe supérieur se joint à la zone ventrale supérieure dans le lobe antérieur délimité par la scissure en T décrite par MM. Coulouma et Devos. D'autres groupements pourront être observés sans doute à l'avenir.

Remarquons que les lobes axillaires, comme les autres lobes surnuméraires, siègent presque constamment à droite. C'est un fait que nous constatons, sans chercher à l'expliquer pour l'instant.

Les lobes axillaires en anatomie comparée

Les recherches de MM. Coulouma et Devos ont révélé l'existence, chez l'animal, de secteurs parabronchiques externes isolés par des scissures surnuméraires.

1° Disons tout d'abord que le lobe axillaire supérieur n'a jamais été observé.

2° Par contre, le lobe axillaire moyen a été signalé plusieurs fois : chez le chien dans 5 % des cas; chez le paca et chez le cobaye, deux fois sur trois, MM. Coulouma et Devos ont constaté l'existence à droite d'un lobe parabronchique externe situé à la partie postéro-supérieure du lobe moyen. Chez la panthère, le même lobe était simplement ébauché à gauche.

3° Un lobe axillaire inférieur a été observé chez le paca.

Insistons sur le fait que, chez l'animal comme chez l'homme, les lobes axillaires s'observent surtout du côté droit.

Conclusions

1° Développant les travaux de Lucien, il nous paraît possible de distinguer chez l'homme non plus un lobe axillaire, formé par le secteur parabronchique externe moyen, mais bien quatre variétés de lobes axillaires :

Le lobe axillaire supérieur;

Le lobe axillaire moyen, tel qu'il a été décrit par Lucien et Weber;

Le lobe axillaire moyen, groupant le secteur parabronchique externe moyen et la fraction inférieure du premier secteur ventral;

Le lobe axillaire inférieur, répondant à la troisième parabronche externe.

Chez l'animal, deux types de lobes axillaires ont été observés : le lobe axillaire moyen, répondant à la deuxième parabronche externe, et un lobe axillaire inférieur.

2° L'existence de ces lobes axillaires vient confirmer l'autonomie du système parabronchique externe et l'intérêt d'une division de chaque poumon en quatre territoires : ventral, dorsal, parabronchique interne et parabronchique externe.

Cette autonomie du système parabronchique externe est encore prouvée par nos études sur la topographie des localisations pathologiques, et la radiologie permet d'observer chez l'homme vivant des images de zonites externes supérieures ou externes moyennes répondant à l'atteinte exclusive des secteurs parabronchiques externes supérieur ou moyen.

Bibliographie

Coulouma et Devos. — Les scissures pulmonaires et leurs variations chez l'homme et les mammifères (C. R. de l'Ass. des Anat., XXXIIe réunion, Marseille, 1937).

Lucien et Weber. — Le système parabronchique externe du poumon humain (C. R. des Anat., XXVIIIe réunion, Lisbonne, 1933).

Lucien et Weber. — Variations dans la segmentation pulmonaire. Poumon droit présentant trois lobes surnuméraires : lobe apical, lobe postérieur, lobe axillaire ou parabronchique externe (*Ann. d'anat. path.*, novembre 1934).

Lucien et Weber. — Les variations dans la scissuration pulmonaire chez l'homme (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, juin 1935).

Minet, Cordier, Warembourg, Schæpelynck, Graux et Fiévez. — La zone externe du lobe supérieur du poumon. Etude anatomique (Soc. de méd. du Nord, 25 juin 1943).

Minet, Cordier, Warembourg, Schæpelynck et Graux. — La zone externe du lobe supérieur du poumon. Etude clinique et radiologique (Soc. de méd. du Nord, 25 juin 1943; *Echo médical du Nord*, juillet 1944).

Minet, Warembourg et Graux. — Secteur parabronchique externe du lobe moyen et lobe axillaire de Lucien (Soc. de méd. du Nord, 31 mars 1944).

Pierret, Coulouma, Breton et Devos. — Nouvelle conception anatomique de la structure des poumons. Les zones pulmonaires. Applications cliniques et radiologiques (*Bruxelles Médical*, 19 juin 1938).

Schæpelynck, Fiévez et Prévost. — Un cas du lobe externe supérieur du poumon associé à certaines persistances embryonnaires (Travaux du lab. d'anat. de Lille, 1944).

Warembourg, Schæpelynck, Graux et Prévost. — Les lobes axillaires (Soc. de méd. du Nord, juin 1944).

(Travail de la Clinique Médicale et Phtisiologique de la Charité, à Lille. Prof. Jean Minet.)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

17 *janvier*. — M. Bertagna. — Le traitement simplifié des aménorrhées primaires et secondaires par la méthode de Zordech.

M. Delpech. — Tumeurs amyloïdes localisées des voies respiratoires supérieures.

M. Chevalier. — L'épanchement péricardique du myxœdème.

M. Saldes. — Nouvelle contribution au rôle de la tuberculose dans l'asthme.

M. Cacault. — La vaccination avec l'inoculation de B. C. G. à 75 milligrammes par centimètre cube. (Suite, p. 139.)

ACTION DE L'ACETATE DE DESOXYCOSTERONE SUR LA CHOLESTEROLEMIE DU TUBERCULEUX

Par MM. Max Fourestier, Pierre Delauney et Pierre Gérard
(Paris)

Dans un article paru ici même (1), après avoir fait le point de nos connaissances actuelles sur le métabolisme du cholestérol chez l'individu sain, nous avions dégagé les raisons théoriques, cliniques et expérimentales qui permettent d'attribuer, à côte du foie, un rôle non négligeable aux capsules surrénales dans la synthèse, ou la mise en stockage, ou la répartition dans l'organisme de ce lipide non phosphoré, une des constantes biologiques les plus importantes du métabolisme général, normal ou pathologique. Après avoir étudié les limites des variations spontanées de la cholestérolémie chez l'individu normal (2), nous avons tenté de préciser chez l'homme sain l'action de l'acétate de désoxycorticostérone (cortine de synthèse) sur le taux du cholestérol sanguin dont plusieurs dosages préalables avaient révélé des chiffres normaux de 1 gr. 60 à 1 gr. 80 ‰. Des séries de 12 injections de cortine de synthèse, à 5 ou 10 mgr. (trois fois par semaine), uniques ou répétées, ne provoquent pas chez l'individu normal l'augmentation de la cholestérolémie, que le dosage du cholestérol soit effectué le jour même de l'injection (dosages quotidiens pendant une semaine et plus) ou pendant plusieurs jours immédiatement après la série d'injections.

Notre expérimentation (avec la cortine de synthèse) s'oppose donc à celle de G. Maranon (3) qui date de 1937 et pour laquelle l'extrait cortico-surrénal utilisé était une hormone obtenue par extraction selon la méthode de Swingle et Pfiffner. Thadéa et Medvei (4) n'avaient pas retrouvé eux aussi l'hypercholestérolémie après des injections d'hormone cortico-surrénale (d'extraction). G. Maranon expliquait cette divergence des résultats expérimentaux par l'emploi d'une hormone cortico-surrénale d'extraction « vieille » ou recueillie avec une technique défectueuse. Voici un tableau emprunté au travail de G. Maranon et qui résume cette discussion :

Action de l'hormone corticale sur la cholestérolémie. Variations d'après la fraîcheur du produit hormonal.

Variations moyennes sur la quantité initiale sur les mêmes chiens :

— après l'hormone récente (10 jours) + 0 gr. 29;
— après l'hormone ancienne (1 mois) + 0 gr. 03.

Si l'acétate de désoxycorticostérone n'a pas d'action sur la cholestérolémie de l'individu sain, en est-il de même chez le malade tuberculeux ? C'est pour tenter d'élucider ce problème de physiopathologie expérimentale que nous avons entrepris cette troisième série de recherches.

D'une façon générale, depuis les travaux de Chauffard et Grigaut, l'hypocholestérolémie est reconnue comme un élément important du chimisme humoral du tuberculeux. Certes, il n'y a aucune commune mesure entre l'hypocholestérolémie du tuberculeux et l'hyperglycémie du diabétique. Néanmoins, malgré certains travaux contradictoires (1), on doit souligner avec J. Vidal (2) « la rigueur et la fidélité avec laquelle la cholestérolémie vient inscrire le pronostic ». La cholestérolémie normale — parfois l'hypercholestérolémie (3) — signe généralement une forme fibreuse de résistance, presque toujours un bon état général satisfaisant, l'hypocholestérolémie marque généralement une forme sérieuse, grave — ou qui le deviendra; mais plus que la simple constatation d'un taux anormalement bas du cholestérol, la courbe de la cholestérolémie ascendante, descendante ou continuellement basse est une des indications majeures du pronostic favorable ou défavorable dans cette maladie. L'un de nous (4) dans un travail récent, en confrontant chez le tuberculeux pulmonaire la cholestérolémie aux autres examens humoraux habituellement pratiqués, pouvait conclure que « la cholestérolémie s'accorde parfaitement avec la forme évolutive du processus bacillaire et surtout paraît être la traduction humorale la plus générale du terrain réfractaire (hypercholestérolémie) ou favorable (hypocholestérolémie) à la tuberculose ».

Si l'hypocholestérolémie est généralement reconnue comme un stigmate de valeur chez un tuberculeux gravement atteint, la part de l'insuffisance surrénale dans le déterminisme évolutif des lésions tuberculeuses est un autre fait fréquemment rappelé, et d'ailleurs aussi controversé que l'état du cholestérol sanguin.

L'insuffisance surrénale — dans sa forme mineure — accompagne et favorise les formes évolutives de la tuberculose pulmonaire dans un certain nombre de cas, telle est l'hypothèse que M. le professeur Sergent (5) a défendue depuis 1914. Troubles digestifs, vasculaires, neurologiques, ligne blanche, action de l'opothérapie, etc.; l'argumentation est solide et, bien que clinique, continue à faire autorité. Sézary (6) a poussé plus loin l'analyse des relations de la pathologie surrénale avec la tuberculose : la dégénérescence scléreuse surrénalienne en cours d'évolution et à la période terminale serait fréquemment précédée d'une poussée d'hyperépinéphrie initiale. Pendé, puis Jacquelin (7), vont beaucoup plus loin : pour eux le prédisposé et le tuberculeux actif sont des individus munis d'un complexe endocrinien où l'hyperfonctionnement thyroïdien et pituitaire s'intrique étrangement avec une insuffisance fonctionnelle du poumon, des glandes génitales et des capsules surrénales. La défaillance de ces glandes devient donc un des éléments constants du mécanisme évolutif. H. Mollard, H. Maschas et M. Duret (8) ont tout récemment pu prouver la réalité de la défaillance des capsules surrénales dans les processus évolutifs qui émaillent la vie du tuberculeux en constatant les heureux résultats des injections de l'hormone cortico-surrénale de synthèse, et ils peuvent préciser l'existence, à côté de tuberculeux hypocorticostéroniques, de malades hypercorticostéroniques, dont les surrénales loin d'être amoindries ont une hyperactivité fonctionnelle, le traitement par l'hormone s'avérant non seulement inefficace mais dangereux.

Il ressort de ce bref historique tout un faisceau de preuves cliniques, morphologiques, histologiques et thérapeutiques qui assoit sérieusement l'hypothèse si débattue des relations pathologiques entre capsules surrénales et tuberculose. Nous avons vu par ailleurs la fréquence de l'hypocholestérolémie dans le cours évolutif des lésions tuberculeuses et le rôle important qu'il faut attribuer aux capsules surrénales dans le métabolisme du cholestérol sanguin. Il était séduisant de préciser l'action de l'hormone cortico-surrénale de synthèse (acétate de désoxycorticostérone) sur la cholestérolémie du tuberculeux et d'apporter ainsi une preuve thérapeutique indirecte au problème si complexe des rapports entre tuberculose et capsules surrénales. Une telle étude a déjà été entreprise par G. Maranon (9), mais avec une

---

(1) Max Fourestier et Pierre Gérard. — Le métabolisme du cholestérol chez l'individu normal. Rôle du foie et des capsules surrénales. Limites des variations spontanées de la cholestérolémie. Absence d'effet hypercholestérolémiant de l'acétate désoxycorticostérone chez l'individu sain (*Gazette des Hôpitaux*, 1945, n° 7).

(2) Les variations diurnes spontanées de la cholestérolémie chez l'homme normal dont le chiffre du cholestérol est compris entre 1 gr. 60 et 1 gr. 80 o/oo ne dépassent pas 15 à 20 cgr. et ces chiffres traduisent autant les limites de précision de la technique utilisée que les variations réelles du cholestérol sanguin. L'influence du repas paraît nulle, mais il est quand même préférable que le prélèvement soit pratiqué le matin à jeun. Sur une période d'un mois, les dosages étant effectués tous les 2 à 3 jours, les limites des variations spontanées de la cholestérolémie chez l'individu sain n'excèdent pas 0 gr. 30, écart traduisant ici encore autant les variations spontanées réelles que l'approximation relative des dosages pourtant conduits avec toute la rigueur nécessaire. Enfin des variations de la cholestérolémie s'observent indiscutablement à l'approche des règles chez la femme (Gonalons, de Buenos-Ayres). Le dosage doit toujours être pratiqué chez la femme dans les jours qui suivent la fin des règles. Pour apprécier donc l'influence d'injections d'acétate de désoxycorticostérone (ou de toute autre substance) sur le taux du cholestérol sanguin, il faut tenir compte de cette marge de variation normale de 0 gr. 30 et des conditions du cycle menstruel.

(3) G. Maranon. Sur quelques problèmes de la physiopathologie surrénale (*La Presse médicale*, n° 52, 30 juin 1937, p. 974).

(4) Thadéa (*Die Nebennierenrinde*, Leipzig, 1936).

---

(1) Julien et Martin-Rosset (*C. R. Soc. Biol.*, 1925, t. 93, p. 177); Leuret, Gaussimon et Vitte (*C. R. Soc. Biol.*, 1928, t. 99, p. 1984).

(2) J. Vidal, P. Mounier et L. Godechot. — Valeur pronostique de la cholestérolémie au cours de la tuberculose pulmonaire (*La Presse médicale*, n° 8, 27 février 1943. p. 90).

(3) Il convient de signaler une catégorie très particulière de tuberculeux gravement atteints (méningite tuberculeuse) chez lesquels on observe fréquemment une hypercholestérolémie (Baylac et Sendrail, R. Monceaux, Allehaut).

(4) Max Fourestier et André Ancelin. — Intérêt de la confrontation des examens humoraux dans la tuberculose pulmonaire (cholestérolémie, haptoglobinémie, formule hémo-leucocytaire, Vernes-résorcine, sédimentation, granulations toxiques des polynucléaires). (*La Presse médicale*, n° 28, 24 juillet 1943, p. 403.)

(5) E. Sergent. — Etudes cliniques sur l'insuffisance surrénale (1 vol., Maloine, 1914).

(6) Sézary. — Les surrénalites scléreuses (Thèse Paris, 1909).

(7) Cité par H. Mollard, H. Maschas et M. Duret.

(8) H. Mollard, H. Maschas et M. Duret. — Hormone cortico-surrénale et tuberculose pulmonaire (*Revue de la tuberculose*, tome 6, n° 9-10, nov.-déc. 1941, p. 559).

(9) G. Maranon (*loc. cit.*).

hormone obtenue par extraction selon la technique de Swingle et Pfiffner, par R. Monceaux (1) (assez théorique), par L. Béthoux (2) qui, outre la cholestérolémie, envisage les variations du glutathion sanguin, étudiant les variations chez le tuberculeux de ces deux métabolismes en un indice global : l'indice glutathio-cholestérolémique (hypocholestérolémie et hypoglutathiémie).

Nous avons suivi pendant plusieurs mois 35 malades atteints de tuberculose dans ses localisations les plus variées : pleurésies, tuberculose ulcéreuse, tuberculose fibreuse, primo-infection, adénopathies suppurées, etc. Les âges sont très variables : de 17 à 55 ans. Les stades évolutifs généralement au début, lors de la découverte diagnostique.

Les lésions ulcéreuses étaient le plus souvent unilatérales. Leur stade évolutif était assez près du début clinique apparent. La plupart des malades de cette catégorie au moment de leur mise en observation paraissaient justiciables du pneumo et de la cure sanatoriale. Les dosages du cholestérol sanguin (le plus souvent cholestérol total, parfois cholestérol estérifié et total) furent pratiqués avant et après le pneumothorax, les injections de cortine de synthèse (acétate de désoxycorticostérone) faites avant ou après la tentative de collapsothérapie (pneumo et section de brides), réussie ou non. Pour les malades non justiciables de la collapsothérapie, le taux de la cholestérolémie était établi chaque mois, pendant leur hospitalisation dans le service en attendant le départ en préventorium ou en sanatorium. Chaque série thérapeutique (à 5 ou 10 mgr. par ampoule suivant l'état de la tension artérielle) comportait 12 injections (3 fois par semaine). Un dosage de la cholestérolémie (3) était effectué avant et après chaque série d'injections. Les malades étaient évidemment soumis au repos et au régime hospitalier, prélude de la cure hygiéno-diététique. Les délais d'observation comportèrent au moins 3 séries d'injections de 12 ampoules, soit un total de 180 ou 360 mgr. d'acétate de désoxycorticostérone, répartis sur 3 à 4 mois. Parfois, les doses durent être réduites, car apparaissaient des phénomènes œdémateux au niveau des membres inférieurs. Jamais nous n'observâmes d'hémoptysie. Que résulte-t-il de cette expérimentation ?

Dans 28 cas, la cholestérolémie était initialement basse, à 1 gr. 50 et au-dessous. A la suite des injections d'hormone (4), la cholestérolémie remonta chez 23 malades et l'écart entre le taux du cholestérol sanguin le plus élevé et celui initialement observé dépassait largement 0 gr. 30, écart normal qu'il est habituel d'observer — comme nous l'avons signalé dans notre premier travail — quand on étudie les variations spontanées de la cholestérolémie chez l'individu sain. Tous ces 23 malades (hommes et femmes), traités ou non par pneumothorax, virent, pendant les quatre mois d'hospitalisation dans le service, leur état général s'améliorer nettement. Pendant leur séjour sanatorial, le pronostic favorable que nous avions porté fut généralement confirmé. Voici, à titre d'exemples, quelques observations brièvement résumées :

Obs. I. — Mad. Fr..., 36 ans. Pneumo. gauche depuis 2 ans. Poussée liquidienne. Quelques taches à droite. B. K. + Cholestérol total 1 gr. 20 le 1-6-43. Cortine de synthèse. Cholestérol total 1 gr. 60 le 30-6-43. Cortine de synthèse. Cholestérol total 1 gr. 75 le 21-8-43 (écart + 0 gr. 55). Départ en sanatorium. Excellents résultats cliniques ultérieurs.

Obs. II. — Mad. Vend..., 30 ans. Tuberculose bilatérale fibronodulaire. B. K. +. Cholestérol total 1 gr. 30 le 25-7-42. Cure libre. Rechute. Cholestérol total 1 gr. 05 le 30-7-43. Cortine de synthèse. $\frac{\text{Cholestérol estérifié}}{\text{Cholestérol total}} : \frac{\text{0 gr. 83}}{1,27}$: 0,60 le 30-8-43. Cortine de synthèse. Cholestérol total 1 gr. 60 le 30-9-43. Écart 0,55. Départ en sana. Etat général très satisfaisant.

Obs. III. — Bust..., 35 ans. Pyothorax tuberculeux gauche surinfecté, à pneumocoques. (Après pneumo.). Cholestérol total 1 gr. 30 le 2-4-43. Traitement classique + cortine de synthèse. Cholestérol total 1,70 le 19-6-43. Bon état général. Deuxième série de cortine. Cholestérol total 1,85 le 17-7-43. Ecart 0,55. Sort du service transformé. Départ en cure libre. Ce malade, après nombreuses imprudences, vient de mourir (novembre 1944) d'hémoptysie foudroyante, secondaire au développement de lésions ulcéreuses contro-latérales droites.

Obs. IV. — Bun..., 35 ans. Tuberculose cavitaire apicale gauche + purpura. Cholestérol total 1 gr. 45 le 16-5-43. Cortine de synthèse. Cholestérol total 1 gr. 75 le 29-6-43. Pneumo thérapeutique. Cholestérol total 2 gr. 10 le 6-9-43. Cortine de synthèse. $\frac{\text{Cholestérol estérifié}}{\text{Cholestérol total}} : \frac{1,40}{1,95}$: 0,73. Ecart 0 gr. 50. Départ en sana. Excellents résultats thérapeutiques ultérieurs.

Parfois, autant et plus que l'augmentation globale du cholestérol libre, l'élévation du rapport $\frac{\text{Cholestérol estérifié}}{\text{Cholestérol total}}$ est significative. Ainsi dans cette observation :

Obs. V. — Mad. All..., 26 ans. Tuberculose pulmonaire gauche ulcéreuse. Cholestérol total 1 gr. 50 le 20-4-43. Pneumo. thérapeutique. $\frac{\text{Cholestérol estérifié}}{\text{Cholestérol total}} : \frac{0,85}{1,70}$: 0,50. Cortine. Cholestérol total 1 gr. 65 le 26-7-43. Cortine. $\frac{\text{Cholestérol estérifié}}{\text{Cholestérol total}} : \frac{1,55}{1,90}$: 0,81.

Le rapport $\frac{\text{Ch. E}}{\text{Ch. T}}$ est donc passé de 0,50 à 0,81, alors que l'écart maximum entre chaque Ch. T, avant et après cortine, n'est que de 0 gr. 20.

Chez quatre malades à cholestérolémie initiale basse, les injections de cortine de synthèse n'ont eu aucune action, et à la sortie du service le pronostic paraissait très sombre. Deux malades sont morts dans les mois suivants. Nous ignorons le sort des deux autres. Dans le cas dont nous allons résumer brièvement l'observation, il faut noter la chute du rapport $\frac{\text{Ch. Est.}}{\text{Ch. Tot.}}$ qui, ici encore, se signale par sa haute valeur pronostique.

Obs. VI. — Cad..., 23 ans. Tuberculose pulmonaire gauche. $\frac{\text{Cholestérol estérifié}}{\text{Cholestérol total}} : \frac{1,15}{1,50}$: 0,76 le 4-7-1943. Pneumo. thérapeutique et cortine de synthèse. Cholestérol total 1 gr. 50 le 27-7-1943. Cortine de synthèse et section de brides. $\frac{\text{Cholestérol estérifié}}{\text{Cholestérol total}} : \frac{\text{1 gr.}}{\text{1 gr. 50}}$: 0,66 le 1er septembre 1943. (Le malade est décédé six mois plus tard).

Malgré l'absence d'action de l'acétate de désoxycorticostérone chez ces quatre malades, on ne peut parler d'échec puisque le pronostic très réservé porté pendant leur hospitalisation s'est révélé vrai au moins chez deux sujets. Nous nous expliquerons dans nos conclusions sur ce qu'il convient de penser de l'interprétation pathogénique comme du pronostic de ces cas en apparence paradoxaux et où l'inefficacité des injections de cortine de synthèse sur la cholestérolémie est, à première vue, évidente.

Par contre, ce sont quatre échecs véritables que nous dénombrons dans notre statistique, c'est-à-dire des malades à cholestérolémie initialement basse, soumis aux injections de cortine, et dont le taux du cholestérol ne varie pas ou baisse parfois malgré l'état général qui s'améliore peu à peu, le pronostic éloigné s'étant avéré excellent dans tous les cas. Ainsi, dans cette observation :

Obs. VII. — Anton..., 17 ans. Pleurésie séro-fibrineuse en fin d'évolution. Cholestérol total : 1 gr. 45 le 21-12-43. Cortine. Cholestérol total : 1 gr. 35 le 19-1-44.

Chez trois autres malades, sans traitement hormonal, nous avons assisté à l'élévation progressive du taux du cholestérol sanguin pendant nos délais d'observation. Ceci est banal, et ne fait que confirmer l'excellent test que nous avons avec la cholestérolémie pour apprécier les moyens de défense de l'organisme tuberculeux et porter un pronostic chimiquement contrôlé en quelque sorte. (Notons que chez tous les malades à cholestérolémie basse chez lesquels nous avons constaté une ascension de la cholestérolémie après cortine de synthèse, un second dosage après le premier nous avait permis de constater l'absence de tendance au relèvement spontané du taux du cholestérol sanguin par simple mise au repos dès le diagnostic posé de tuberculose.)

Chez quatre autres malades, le taux initial du cholestérol sanguin était haut, entre 1 gr. 70 et 1 gr. 85. Chez ces sujets, les injections d'acétate de désoxycorticostérone ne provoquèrent aucun accroissement de la cholestérolémie. Deux sur quatre évoluè-

(1) R. Monceaux. — Importance du rôle des surrénales dans les variations de la cholestérolémie des tuberculeux (*La Presse médicale*, n° 2, 7 janvier 1931, p. 18).

(2) L. Béthoux. — Contribution à l'étude du terrain et du diagnostic au cours de la tuberculose pulmonaire chronique. L'indice glutathio-cholestérolémique (*La Presse médicale*, n° 15, 19 février 1936, p. 284).

(3) Pour le dosage du cholestérol total nous avons suivi la technique de Grigaut par la réaction de Lieberman à l'anhydride acétique et l'acide sulfurique. L'évaluation du cholestérol estérifié a été faite après élimination du cholestérol libre au moyen de digitonoside.

(4) L'acétate de désoxycorticostérone n'est peut-être pas vraiment une hormone au sens complet du mot.

rent favorablement. Ces constatations ne confirment que partiellement cette notion presque unanimement acceptée actuellement, qui reconnaît aux chiffres élevés du cholestérol sanguin chez le tuberculeux une excellente valeur pronostique. En effet, chez les deux autres malades le pronostic à la sortie du service devait être très réservé. Or, les injections de cortine parurent mal supportées. En tous cas, nous assistâmes à une aggravation locale des lésions pulmonaires, parallèle à l'affaiblissement général et progressif. Donc hypercholestérolémie et, à plus forte raison, un cholestérol normal n'est pas l'équivalent mathématique d'un pronostic favorable. Dans nos conclusions nous discuterons ces faits et leur interprétation pathogénique possible.

Enfin, chez quatre malades, la simple création d'un pneumothorax s'avérant rapidement efficace fit remonter le taux du cholestérol sanguin, comme le réalisaient les injections d'hormone cortico-surrénale chez les autres sujets d'expérience et dans des délais extraordinairement rapides, en un mois, souvent moins. L'écart entre les deux chiffres extrêmes de la cholestérolémie dépassait largement les o gr. 30 que nous avons fixés comme limites des variations spontanées normales de la cholestérolémie. (Dans une observation, par exemple : o gr. 80 — de 1 gr. 30 à 2,10.) Cette hypercholestérolémie des tuberculeux traités par pneumothorax a déjà été signalée par R. Monceaux notamment (*loc. cit.*) qui accorde à Carlos Mainini, en 1925, la paternité de cette constatation. Nous renvoyons aux conclusions de ce travail pour l'interprétation pathogénique de ces faits.

Conclusions

On peut résumer ainsi notre hypothèse de travail : l'insuffisance surrénale est classiquement reconnue (Pr. Sergent) responsable dans maints épisodes évolutifs de la maladie tuberculeuse et l'opothérapie surrénalienne souvent proposée comme adjuvant efficace de la cure hygiéno-diététique et de la collapsothérapie; l'hypocholestérolémie est fréquemment observée dans cette affection et, par ailleurs, de sérieux arguments plaident en faveur du rôle probable des capsules surrénales dans le métabolisme du cholestérol. Il était séduisant de juger des possibilités de l'hormone cortico-surrénale actuellement à notre disposition sur la cholestérolémie du tuberculeux. Or, chez 23 malades à cholestérolémie basse, nous avons constaté, après une à trois séries d'injections de cortine de synthèse, un relèvement du taux du cholestérol sanguin parallèlement à l'amélioration de l'état général. Qu'est-ce à dire et que conclure de nos autres constatations : non-élévation de la cholestérolémie chez quatre autres malades, chez lesquels l'affection s'aggrava inexorablement, inefficacité de la cortine de synthèse chez certains tuberculeux à cholestérolémie initialement élevée, certains évoluant favorablement, d'autres défavorablement, ascension spontanée du taux du cholestérol sanguin chez d'autres malades sous l'influence de la simple cure hygiéno-diététique, taux du cholestérol sanguin particulièrement élevé chez certains malades porteurs d'un pneumothorax rapidement efficace, enfin cholestérolémie continuellement basse ou sub-normale (malgré la cortine de synthèse) chez quelques malades dont l'évolution se poursuivit cependant sans à-coups vers la guérison ?

Trois organes, trois fonctions, concourent au maintien de la constante cholestérolée du milieu humoral. Le foie, avec son rôle majeur de cyclisation des acides gras non saturés grâce à une estérase, et l'élimination du cholestérol par la bile ; le poumon qui, outre sa fonction cholestérogénique (Mayer et Schœffer), détruit surtout le cholestérol (fonction cholestérolytique) (Abelous et Soula, Minoviel, Roger et Binet) ; les capsules surrénales qui, peut-être plus qu'à la synthèse de ce corps, président à sa régulation soit par stockage, soit par action sur les organes formateurs. Le taux du cholestérol sanguin et le rapport $\frac{\text{cholestérol E.}}{\text{cholestérol T.}}$ est probablement un état d'équilibre dominé par la fonction régulatrice hormonale de la cortico-surrénale.

Que se passe-t-il chez le tuberculeux, et plus spécialement le tuberculeux pulmonaire ?

La fonction cholestérolytique pulmonaire s'intensifie du fait des lésions locales parenchymateuses et de l'accroissement *in situ* des savons calcaires et cholestérolés, conséquence de la caséification (augmentation de 200 à 300 % selon Caldwelle, Jaffe et Levinson, cités par R. Monceaux), en même temps que les perturbations fonctionnelles de l'organe inhibent la fonction cholestérogénique.

Le foie, si facilement lésé par la toxine tuberculeuse (il suffit de se souvenir de la fréquence des troubles hépatiques pendant tout le cours évolutif de la tuberculose jusqu'à la dégénérescence graisseuse terminale...) voit sa fonction cholestérigène également très perturbée. Qu'un processus de surrénalite, même simplement fonctionnel, intervienne (et depuis les travaux du prof. Sergent, nous connaissons la fréquence de la « petite insuffisance surrénale » dans la tuberculose) et on ne s'étonne pas alors de la fréquence des observations d'hypocholestérolémie reconnue par tant de chercheurs comme un des stigmates chimiques les plus certains du degré évolutif d'une lésion tuberculeuse. On comprend même dans cette hypothèse l'hyperépinéphrie des débuts de la tuberculose (par hyperfonctionnement cortico-surrénalien de compensation) signalée par Sézary et dont on peut retrouver la signature dans l'hypercholestérolémie, elle aussi remarquée aux premiers stades évolutifs.

L'équilibre chimique cholestérolique moyen (le plus fréquemment observé) du tuberculeux est sans nul doute l'hypocholestérolémie avec rapport $\frac{\text{cholestérol estérifié}}{\text{cholestérol total}}$ normal ou lui aussi diminué. Il reflète probablement ce déséquilibre physio-pathologique que nous venons d'esquisser et, quand, chez nos 23 malades, nous constatons un redressement manifeste (plus de o gr. 30) du taux du cholestérol sanguin sous l'influence de la cortine de synthèse, on peut conclure que cette hypocholestérolémie initiale correspondait à une insuffisance cortico-surrénalienne prédominante heureusement combattue par l'apport hormonal thérapeutique. Cette prééminence de l'élément cortico-surrénalien chez de tels tuberculeux est bien souvent soupçonnée sinon « devinée » par le simple examen clinique : constatations morphologiques, hypotension, asthénie, fatigabilité musculaire, troubles digestifs (sans localisations intestinales de l'infection), etc. L'opothérapie surrénalienne presque systématiquement appliquée — et cela bien avant l'apparition des cortines de synthèse (Prof. Sergent) — obéit à cette conception toujours confusément sentie « vraie » dans l'esprit des cliniciens. Le taux de la cholestérolémie, surtout son redressement sous l'influence d'une action excito-sécrétrice de la glande (ascension spontanée de la cholestérolémie) ou par l'hormonothérapie de substitution en cas d'épuisement fonctionnel trop marqué (relèvement du taux du cholestérol sanguin sous l'influence de la cortine de synthèse) représente peut-être le meilleur test que nous possédions à l'heure actuelle pour juger du rôle de l'insuffisance cortico-surrénale dans la tuberculose. Chimiquement encore, le rôle important des capsules surrénales dans les processus évolutifs tuberculeux ressort d'autres perturbations du métabolisme humoral signalées chez eux. Nous avons appris à connaître en France, grâce aux travaux du Prof. Binet, la diminution dans le sang des produits sulfhydriles (glutathion total, oxydé et réduit), au cours de la maladie d'Addison et de l'insuffisance surrénale lente, et cette diminution semble être un test d'hypofonctionnement cortico-surrénalien, car la capsule surrénale joue, dans la genèse du glutathion, le rôle majeur. Or, Bethoux (loc. cit.), reprenant l'étude conjointe du cholestérol sanguin et du glutathion dans la tuberculose pulmonaire, trouve constamment ces deux substances régulièrement diminuées dans le sang de ses malades, diminution en rapport avec la forme clinique et évolutive de la maladie, au point qu'il signale un indice glutathio-cholestérolémique de grande valeur pronostique.

Le chimisme humoral du tuberculeux, en particulier les modifications de la cholestérolémie sous l'influence des injections de cortine de synthèse, représente donc un argument supplémentaire et de valeur, pensons-nous, qui vient s'ajouter à ceux déjà fournis par la clinique et la thérapeutique pour affirmer la réalité de la fréquence des perturbations cortico-surrénaliennes dans la tuberculose pulmonaire.

En suivant le fil du schéma pathogénique que nous avons esquissé, on peut trouver une explication aux autres constatations que nous avons faites sur la cholestérolémie de nos malades étudiée avant et après injections de cortine de synthèse.

Chez les malades à cholestérolémie basse, dont le taux n'a pas varié après l'acétate de désoxycorticostérone, et chez lesquels l'aggravation s'est poursuivie inexorablement, la gravité du processus infectant était au-dessus de toute ressource thérapeutique et l'insuffisance cortico-surrénale, si tant est qu'elle existait, était perdue dans la gravité du syndrome morbide général. De toute façon, il n'y a pas eu de réponse cholestérolique aux excitations cortico-surrénaliennes thérapeutiques.

L'ascension spontanée du taux du cholestérol sanguin chez certains sujets représente la traduction humorale du développement des moyens de défense générale de l'organisme agressé par le bacille de Koch, et certainement parmi eux un meilleur fonctionnement du cortex surrénalien, aussi peut-être une meilleure « lutte hépatique » contre les toxines tuberculeuses (ces malades n'étaient pas porteurs de pneumothorax).

L'ascension rapide de la cholestérolémie sous la seule influence d'un pneumothorax rapidement efficace traduit probablement les modifications profondes au niveau des lésions parenchymateuses par le collapsus thérapeutique (diminution des sécrétions purulentes et du potentiel évolutif des lésions, avec, comme conséquences probables, une diminution locale des acides gras et non-utilisation du cholestérol humoral pour leur neutralisation), bref un redressement de la fonction cholestérogène du poumon aux dépens de sa fonction cholestérolytique. En même temps, le retentissement général heureux de l'efficacité de la collapsothérapie

se répercute sur les deux autres centres principaux du métabolisme du cholestérol : le foie et la surrénale. Des chiffres très hauts de cholestérol sanguin quelques temps après l'établissement d'un pneumothorax efficace ne sauraient donc surprendre.

L'observation de chiffres de cholestérol continuellement bas ou subnormaux chez des malades traités par la cortine de synthèse et dont les lésions évoluent cependant vers la guérison, indiquerait l'intégrité fonctionnelle du système de régulation du métabolisme du cholestérol, peut-être un terrain spécial, en tout cas l'absence de participation de la cortico-surrénale (inutile ?) dans la lutte contre l'agression tuberculeuse.

Enfin, restent les malades hypercholestérolémiques non influencés par la cortine de synthèse dont certains évoluent favorablement, d'autres non, ces derniers parfois aggravés par l'hormone cortico-surrénale. Ces sujets sont peut-être des hyper-cortico-surrénaliens que la cortine de synthèse aide dans leur lutte contre le B. K. ou dessert en exagérant l'hyperactivité pathologique déviée de la glande cortico-surrénale. Ainsi, indirectement, grâce au dosage du cholestérol sanguin, avons-nous pu préciser la distinction à faire chez certains tuberculeux hyper ou hypo-cortico-stéroniques, distinction signalée déjà par H. Mollard, H. Mascas et M. Duret (loc. cit.) au cours d'un essai de traitement systématique d'un lot de tuberculeux tous traités sans idée préconçue par l'acétate de désoxycorticostérone; le succès ou l'échec de la thérapeutique hormonale renseignant rigoureusement sur le mécanisme endocrinien du processus tuberculeux évolutif. Nous souscrivons entièrement à leurs conclusions : « Les tuberculeux évolutifs sont tantôt des insuffisants surrénaux, tantôt des cortico-stéroniques normaux, tantôt des hyper-épinéphriques. Il nous paraît donc inexact d'enchaîner à la tuberculose active un seul type de dérèglement cortico-surrénal. L'excès autant que l'insuffisance exerce une influence nocive sur la marche de la maladie, sans doute par un mécanisme semblable qui est le déséquilibre du terrain. » Ajoutons néanmoins que l'hypo-épinéphrie paraît devoir être incriminée beaucoup plus souvent que le syndrome endocrinien inverse : l'hyper-épinéphrie.

Certes, notre expérimentation, quoique portant sur un nombre respectable de dosages, ne saurait donner une réponse formelle à ce problème de pathologie générale complexe : les modifications de la cholestérolémie chez le tuberculeux en rapport avec le fonctionnement cortico-surrénalien étudié sous l'angle de l'hormonothérapie par la cortine de synthèse. De même, nous ne disons pas que l'acétate de désoxycorticostérone a une action directe sur le métabolisme du cholestérol et, trop simplement, accroît la cholestérolémie. (La cholestérolémie de l'individu sain n'est jamais modifiée par des doses considérables de cortine de synthèse.) En nous basant sur le rôle probable de la cortico-surrénale dans le métabolisme du cholestérol, la notion classique de l'hypocholestérolémie habituelle du tuberculeux et cette autre notion classique de la fréquence de la petite insuffisance surrénale dans la tuberculose, nous avons essayé de préciser, en même temps que des indications objectives de l'utilisation de la cortine de synthèse dans la maladie tuberculeuse, la part qui peut revenir dans les poussées évolutives de cette affection à l'hypo ou l'hyper-épinéphrie.

(Travail du Service du Dr P. Brodin, Hôpital des Ménages.)

EPILEPSIE, DÉLIRE, MANIE

Par M. R. Benon

Ex-médecin du Quartier des Maladies mentales de l'Hospice général de Nantes.

L'étude des troubles psychiques dans l'épilepsie, en relation directe ou indirecte avec elle, n'est nullement élucidée : il s'agit bien sûr, ici, de l'épilepsie dite essentielle, qui reste l'obscurité même, malgré qu'on en ait, non pas de l'épilepsie symptomatique, épisodique, variable, due à une cause déterminée, en principe curable. Ces troubles psychiques, difficiles à préciser, n'intéressent guère les auteurs modernes, organicistes actifs, penchés sur la biologie, cette déviation pour le véritable neuro-psychiatre : la clinique n'est pas faite, et on se perd dans des à-côtés qui, eux aussi, exigent impérieusement une spécialisation propre; la clarté n'étant pas dans les choses, elle ne saurait être dans l'enseignement. La question de l'épilepsie et du délire, celle de l'épilepsie et de la manie feront l'objet de cette causerie clinique.

Epilepsie et délire

Il n'y a pas de délire épileptique. Quand est-il donc, cependant, parlé de délire épileptique ? Dans deux circonstances :

1° dans l'épilepsie compliquée d'alcoolisme;

2° dans l'épilepsie compliquée d'agitation, et cette agitation est de la manie ou hypersthénie.

L'épilepsie typique, dite essentielle, compliquée d'alcoolisme, est une rareté. L'épileptique classique, conscient de la gravité de sa maladie (il sait, parce qu'on le lui a dit, qu'il tombe n'importe où, il sait qu'il ne garde aucun souvenir de ses crises, il sait qu'il se blesse quelquefois gravement dans ses crises, etc.), cet épileptique ne s'adonne pas à la boisson; il suit plutôt un régime sévère; il observe avec application les ordonnances médicales. Nous reconnaissons pourtant que, dans quelques cas, l'épileptique typique peut s'alcooliser, s'intoxiquer chroniquement, et par suite présenter des hallucinations et des idées délirantes de persécution, d'auto-accusation, etc. : le délire constaté, délire subaigu, délire hallucinatoire toujours, non pas délire interprétatif, est en relation avec l'alcoolisme; il ne dépend pas de l'épilepsie. Parfois encore ce délire hallucinatoire est déterminé par des troubles hépato-gastro-intestinaux, et cela sans alcoolisme; les idées délirantes ne sont toujours pas dues au mal caduc.

Lorsque les crises épileptiques se compliquent d'agitation (agitation joyeuse, agitation par énervement, non pas agitation anxieuse, non pas agitation confusionnelle, etc.), on peut observer chez le malade des idées délirantes accessoires, surajoutées à un état qui, lui, est fondamental, et alors il s'agit constamment d'un syndrome maniaque ou hypersthénique.

Epilepsie et manie

Lorsque les auteurs parlent de délire dans l'épilepsie, c'est qu'ils prennent la manie pour du délire. La manie, dans le mal comitial, est assez souvent atypique; elle s'accompagne de manifestations à base d'énervement, de tendances colériques, et, sous l'influence de ces émotions, le patient exprime en particulier des idées de persécution (sa famille lui en veut, il en veut à quelqu'un de son entourage, etc.). Ces idées sont vagues, mobiles, mal systématisées, non hallucinatoires; mais, plus ou moins répétées, elles donnent le change à l'observateur.

Comment apparaît ce syndrome un peu complexe, manie et idées de persécution ? (Je ne parle pas des idées de grandeur, ni des idées mystiques, ni des idées érotiques, qui s'expliquent tout naturellement.) Voici, pour nous, l'histoire clinique de ces faits, histoire toujours la même. Après une ou plusieurs crises épileptiques, surtout après des crises survenant en série, on voit le sujet, pendant un ou plusieurs jours, présenter un abattement d'ordinaire profond (abattement en relation avec l'asthénie musculaire et psychique post-critique); puis, progressivement, quelquefois assez vite (erreurs possibles d'interprétation clinique), le patient passe de l'asthénie à la manie ou hypersthénie. C'est l'accès asthéno-maniaque comitial, lequel guérit rapidement, étant en principe de courte durée, au total de cinq à sept jours. Tantôt la manie est pure, évolue sans phénomènes délirants; tantôt elle est complexe et accompagnée d'idées vésaniques (persécution, grandeur, religion, etc.). D'où l'erreur commise, d'où la confusion de la manie et du délire. En fait, il se produit là, chez ce dernier maniaque épileptique, ce qu'on observe souvent dans la manie périodique, tantôt typique, tantôt atypique (cette manie périodique est dite atypique à cause des idées délirantes). Cette manie compliquée, cette manie atypique, n'est pas différente essentiellement de l'autre; elle tient ses caractères complexes de la constitution psychique et émotionnelle du patient; elle est ce que Magnan appelait la manie chez les dégénérés, manie avec impuretés, mais manie quand même.

Il arrive que la manie chez les épileptiques, toujours brève dans sa durée, est désordonnée au plus haut degré, violente et dangereuse (le maniaque épileptique est à peu près certainement le seul qui soit homicide). Cette incohérence de la manie épileptique ne signifie pas délire. Hypersthénie ou manie et hyperactivité à cause du délire ne sont pas chose synonyme. L'hypersthénique comitial n'est pas un hyperactif (1), pas plus que le revendicant qui, lui, est un hyperactif, n'est un maniaque ou hypersthénique. Il n'est pas vain de préciser ces questions diagnostiques qui seules permettent d'aboutir à une thérapeutique rationnelle.

**

Le délire directement lié à l'épilepsie est inexistant. On ne saurait considérer comme du délire épileptique le délire apparaissant chez un épileptique dit essentiel, qui s'adonne à l'alcoolisme par obligations professionnelles, jamais par goût et perversité.

Quant aux idées délirantes qui compliquent la manie épileptique, plus exactement l'accès asthéno-maniaque épileptique, elles ne sont que phénomènes accessoires, secondaires, surajoutées à la manie. Elles trouvent leur explication dans la constitution propre du sujet, constitution psychique et émotionnelle. De la même façon s'explique le délire dans la manie périodique atypique.

---

(1) Hyperactivité motivée.

ACTUALITÉS

LE TRAITEMENT DES BRULURES DANS LA PRATIQUE AMÉRICAINE

Les innombrables travaux qui ont été consacrés à cette question dans les journaux médicaux américains témoignent de l'intérêt qu'elle mérite encore. Les brûlés ont représenté d'emblée du fait des incendies des navires, des bombardements des villes plus encore peut-être que des combats aériens ou terrestres, une catégorie de blessés extrêmement nombreuse. A la lumière de quelques-uns de ces articles on peut tenter de voir quels sont les principes directeurs actuellement en usage.

Pour le *traitement immédiat* ces principes demeurent au nombre de trois : lutte contre le shock, prévention de l'infection, empêcher la déperdition de liquide exsudé par les surfaces brûlées ; cette exsudation qui atteint souvent 4 et 5 litres, joue pour les auteurs américains un rôle capital dans l'évolution des brûlures et dans l'apparition des accidents généraux secondaires.

La lutte contre le shock n'offre rien semble-t-il de très nouveau : tonicardiaques, morphine, injections de plasma ou de sang conservé, etc.

Dans la désinfection immédiate des brûlures la plupart des auteurs utilisent (si les circonstances le permettent), l'immersion dans un bain prolongé pendant une demi-heure et davantage ; à défaut, le nettoyage minutieux au savon suivi d'arrosage au sérum hypertonique.

Pour lutter enfin contre la déperdition de liquide, deux techniques : celle du pansement ouaté compressif, celle du plâtre.

Marshall et Greenfield, Glenn, Koch, recommandent le pansement ouaté très épais et serré qui est laissé en place de 10 à 12 jours ; on peut associer à ce pansement des agents antiseptiques locaux (acide borique, sulfanilamide, pétrole), mais le tannage est définitivement abandonné, certains le considérant même comme dangereux en raison des produits toxiques qu'il peut renfermer.

Gurd et Gerrie, Davis, etc., vantent les bons effets du plâtre appliqué immédiatement au contact de la surface brûlée : mise à l'abri de toute infection d'origine exogène, maintien des surfaces brûlées dans une attitude physiologique ce qui empêcherait les cicatrices chéloïdiennes. Cette méthode comporte un avantage supplémentaire lorsqu'on se trouve en présence de brûlés présentant des lésions des membres associées (fractures) ; elle doit cependant être évitée dans les brûlures des mains en raison de l'enraidissement extrêmement rapide qui peut se produire au niveau des doigts.

Le *traitement secondaire* comporte avant tout le recours a peu près systématique à l'usage des greffes ; celles-ci doivent pouvoir être faites entre le 10e et le 14e jours, à moins qu'il n'y ait eu infection. La greffe secondaire faite au bout de six semaines se présente en effet dans des conditions bien moins favorables ; on y aura recours la main forcée, chez des brûlés fatigués et infectés dont le traitement initial n'a pas été correct. C'est souligner une fois encore l'importance majeure de la prévention de l'infection à laquelle on doit songer dès le premier pansement. L. P.

BIBLIOGRAPHIE

HARKINS. *J. Americ. Med. Ass.*, 24 juin 1944, n° 8.
COPE. *J. Americ. Med. Ass.*, 24 juin 1944, n° 8.
LAM. *J. Americ. Med. Ass.*, 24 juin 1944, n° 8.
KOCH. *J. Americ. Med. Ass.*, 1er juillet 1444, n° 9.
GURD et GERRIE. *J. Americ. Med. Ass.*, 1er juillet 1944, n° 9.
DAVIS. *J. Americ. Med. Ass.*, 1er juillet 1944, n° 9.
MARSHALL et GREENFIED. *Americ. J. Surgery*, mars 1944, n° 3.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Suite de la page 134

THESES VETERINAIRES

12 *avril.* — M. Brocq. — Le para-aminophénylsulfamide (1162 F).
M. Gilles. — Eléments d'helminthologie moderne. Biologie et rôle pathogène des ankylostomiases de l'homme et des carnivores.
M. Dasett. — Recherche de l'infection brucellique du lait.
M. Sakkal. — Le chameau, animal de boucherie.
M. Besnault. — Degas, peintre de chevaux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 10 AVRIL 1945

Notice nécrologique sur M. Auvray. — M. LABEY.

Restrictions alimentaires et lait maternel. Durée de l'allaitement. Etude de certains taux vitaminiques sanguins et lactés. — MM. GOUNELLE, VALLETTE et BRIAND. (Présentation faite par M. LESNÉ). — Dans la collectivité objet de l'enquête, la majorité des nourrices donnait un lait caloriquement insuffisant faute de protides et de lipides. La déficience en vitamine et provitamine A et en vitamine P P est moins évidente, faute de certitude sur leurs taux normaux. On n'a noté aucune corrélation chez les nourrices entre les taux sanguins de facteurs A ou P P et les taux lactés. Les nourrices sont plus carencées en vitamine C que les mères n'allaitant pas.

Sur la lumière diffusée par les milieux troubles. Son intérêt en analyse. — MM. CANALS et CHARRA, M. CANALS et Mlle RIETY. — La méthode néphélométrique est sujette à caution en matière d'analyse quantitative. Discussion : M. BENARD.

Le rôle du bacille tuberculeux de type humain dans le développement des tuberculoses animales. — M. VERGE. — Le bacille humain a un rôle effacé dans l'éclosion de la tuberculose animale. Exception doit être faite pour le chien qui, dans les deux tiers des cas, est réceptif au bacille humain et contracte une tuberculose ouverte et hautement transmissible à l'enfant en particulier.

Sur les relations entre l'hypersensibilité à la tuberculine et l'immunité antituberculeuse. — M. BOQUET. — Il y a dissociation entre effets allergiques des substances thermostabiles et thermolabiles. Les fluctuations de l'hypersensibilité et celles de l'immunité contre la surinfection sont discordantes. Le degré d'imprégnation antigénique n'est pas une mesure de la valeur ni de l'efficacité de l'immunité concomitante.

SÉANCE DU 17 AVRIL 1945

Nécrologie. — Le président fait part à l'Académie du décès de M. Gabriel PETIT, membre titulaire depuis 1939 dans la section de médecine vétérinaire.

Retour de captivité. — Le Président fait part à l'Académie de la libération de M. Charles RICHET, déporté au camp de Weimar-Buchenwald.

Hyposulfite et sang conservé. — MM. BINET et STRUMZA. Le chien chloralosé tolère le sang conservé jusqu'au 8e jour ; passé ce délai, l'injection rapide peut déclencher une hypotension accentuée et même mortelle. La dilution d'un sang nocif avec une solution chlorurée, bicarbonatée et hyposulfitée empêche les accidents.

L'addition d'hyposulfite de sodium à du sang conservé nocif atténue les accidents mais est moins efficace que la dilution.

Discussion : M. MATHIS.

Traitement des lésions oculaires de la lèpre. — M. CHORINE. (Présentation par M. TREFOUËL.) — Les injections périorbitales d'une solution concentrée de sulfamide arrêtent l'évolution des lésions et sont susceptibles, employées précocement, d'empêcher la cécité. Ce traitement agit sur la rhinite, les infiltrations cutanées et les nodules faciaux ; l'action sur la rhinite est d'une grande importance prophylactique.

Cancer du rectum et radiothérapie de contact. — MM. LAMARQUE et GROS. — Dans des cas inopérables les résultats cliniques, évolutifs et histologiques ont été bons dans neuf cas traités.

Discussion : M. DELBET.

Un principe fondamental en hygiène de l'habitation. — M. BESSON.

A propos du métabolisme de la cellule ovarienne. — M. PIETTRE. — Les follicules ovariens sont de deux espèces : albumineux à contenu protéidique, muqueux contenant un mucoïde spécial. La cellule ovarienne a donc deux activités : trophique pour les follicules albumineux, fonctionnelle, productrice de folliculine pour les follicules muqueux.

Actions hormonales et actions prohormonales. — M. SIMONNET. — Il faut reconnaître dans l'action des hormones la production d'anti-hormones et celle de prohormones ; on peut provoquer de diverses façons l'apparition de ces dernières.

Le groupe hormonal semble commun aux diverses espèces ; la protéine qui l'accompagne est propre à chaque espèce. Les principes endocrinotropes hypophysaires sont de nature diastasique et agissent sur une prohormone.

Election. — M. Desliens (de Châtillon-sur-Seine) est élu membre correspondant dans la division de médecine vétérinaire en remplacement de M. Hervieux.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 18 avril 1945

Cals vicieux de l'extrémité inférieure du radius. — MM. Monsaingeon et Morel Fatio. — M. Cadenat rapporte ce travail dans lequel les auteurs conseillent, pour combler la brèche osseuse, l'utilisation d'une plastie prélevée sur l'extrémité inférieure du radius.

MM. Merle d'Aubigné et Joussemet apportent dix observations personnelles ; dans le cal vicieux par persistance du dos de fourchette, une ostéotomie simple ; dans le cal vicieux avec désaxation dans le plan frontal, opération de Campbell. Les auteurs insistent sur la nécessité dans certains cas de prolonger le temps d'immobilisation de ces fractures jusqu'à cinq semaines.

M. Mathieu et M. Sorrel conseillent également de prolonger la durée de la contention plâtrée.

Quelques précisions sur la technique de la perfusion dans le traitement des accidents généraux chez les brûlés. — MM. J. Leveuf et Laurence ont utilisé dans les brûlures dépassant dix pour cent de la surface du corps, la perfusion précoce et systématique ; mais il est indispensable de rendre à la masse circulante les protéines qui s'échappent au cours de l'exsudation cutanée ; la transfusion sera réservée aux cas dans lesquels il y a en plus une certaine anémie.

Traitement des brûlures en Angleterre. — Le commandant Lagrot envisage le traitement local des brûlures du 3e degré dans lesquelles il y a eu escarre ; l'infection toujours secondaire doit être prévenue par l'application de crèmes antiseptiques (pénicillée-sulfamidée). Dans les jours qui suivent, bains quotidiens (bains salés d'une heure ou plus) ; dès la 4e ou 5e semaine la surface bourgeonne et peut être greffée. On utilise de larges greffes de peau totale mince prélevées au rasoir ou au dermatome ; les résultats de ces greffes sont en général excellents.

Ulcères gastro-duodénaux et splanchnicectomie. Résultats dans 8 cas. — MM. Sicard, G. Albot et Tricard ont observé 7 échecs, les malades ayant dû être opérés dans les dix-huit mois qui ont suivi la splanchnicectomie.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 mars 1945

Hypertension artérielle par lésion pyélo-rénale unilatérale (hydronéphrose). Néphrectomie. Guérison depuis 2 ans. — MM. Facquet et Ricordeau.

Broncho-constriction par les aérosols acétylcholiniques. Test pour la mesure de l'insuffisance respiratoire. — M. R. Tiffeneau et Mlle Beauvalet. — Ce test consiste à apprécier les modifications de la respiration spontanée et la capacité pulmonaire vitale que produit l'inhalation d'un aérosol acétylcholinique de concentration appropriée. Cette épreuve est facile à gouverner et présente une grande sensibilité.

Broncho-dilatation par aérosol adrénalinique. Mise en évidence du caractère reversible ou irreversible de l'insuffisance respiratoire. — M. R. Tiffeneau et Mlle Beauvalet. — Cette épreuve permet d'apprécier la part fonctionnelle des insuffisances respiratoires. Elle apporte des précisions nouvelles pour le diagnostic et le pronostic de ces insuffisances.

Un nouveau cas de la maladie de Still traité avec succès par injections intraveineuses de salicylate de soude. Guérison apparente depuis un an. — MM. de Gennes, Mahoudeau et Bricaire. — Observation d'un jeune homme de 18 ans atteint deux ans auparavant d'une maladie de Still typique. Après huit mois d'aggravation continue, un traitement par le salicylate de soude en injections intraveineuses fut entrepris : amélioration dès le 5e jour et toute disparition des douleurs fut constatée au 15e jour. Guérison en quelques semaines. Cette thérapeutique mérite d'être suivie.

Erythème noueux et sulfothiazol. — MM. Julien Marie, Seringe, Maurice et Mlle H. Noufflard. — Douze observations d'érythème noueux apparus au cours du traitement par le 2090 RP sulfothiazol (thiazomide). Les auteurs estiment que le 2090 peut déterminer un érythème noueux chez des enfants : cette manifestation ne présente aucun caractère clinique permettant de le différencier de l'érythème noueux tuberculeux ou de l'érythème noueux autonome du type Trousseau-Comby. Les lésions histologiques relevées par différents auteurs sont identiques à celles trouvées dans l'érythème noueux des primo-infections.

A propos d'un « cracheur valide de bacilles de Koch ». Présentation de malade par MM. Lemoine et Morvan présentés par M. Ameuille. — Malade ayant fait l'objet de deux communications antérieures : constatations d'une expectoration bacillifère, deux ans après une pleurésie séro-fibrineuse, sans altération de l'état général. La notion de tuberculose bronchique cliniquement primitive paraît devoir remplacer entièrement celle de cracheurs de bacilles de Koch sans lésion pulmonaire apparente.

Séance du 16 mars 1945

La silicose, maladie professionnelle. Etude clinique de 15 observations. — MM. Even, Lecoeur et Adam précisent les manifestations de la silicose et discutent ses rapports avec la tuberculose. Pour eux la tuberculose s'observe rarement avant la silicose, rarement pendant, parfois à la phase terminale. En conclusion ils signalent que la silicose est une fibrose pulmonaire due à l'inhalation des poussières de silice et ses rapports avec la tuberculose sont des rapports d'interférence : donc c'est une maladie professionnelle indemnisable et le reste au point de vue pratique seulement... est littérature.

Intoxication benzolique mortelle chez une femme vendant des sacs en cuir synthétique. Présence du benzène dans le sang. — MM. Binet, Conte et Bourlière. — Femme de 71 ans atteinte d'anémie avec leucopénie, granulopénie et hypoplaquettose, meurt avec des hémorragies profuses. L'intoxication benzolique ne fut retrouvée qu'après enquête. Cette femme vendait des sacs en simili-cuir et en toile cirée. Le dosage du benzène dans le sang permit de retrouver 0 mgr. 30 de benzène par litre de sang, ce qui fit la preuve de l'intoxication professionnelle.

Syndrome agranulocytaire mortel imputable au rubiazol ; splénomégalie avec réaction myéloïde ; monocytose sanguine. — M. Merle et Mlle Durand (de Clermont-Ferrand). — Ce syndrome mortel consécutif à l'ingestion de 120 comprimés de rubiazol absorbés en trois mois confirme les dangers des petites doses répétées des sulfamides.

Fréquence des cas de tuberculose pulmonaire survenus depuis 15 ans dans une circonscription populaire de Paris. M. Brocard. — Sur 834 cas de tuberculose bacillifère observés dans les quartiers « Goutte-d'Or » et « La Chapelle », du 18e arrondissement, l'auteur a noté 598 cas ayant débuté en 1930-1939 et 256 en 1940-1944. Ce qui ferait admettre une augmentation de fréquence de 5 % pour les périodes de guerre.

Age du début selon le sexe des cas de tuberculose pulmonaire survenus depuis 15 ans dans une circonscription populaire de Paris. — M. Brocard. — Sur les 834 cas, l'auteur

a constaté que la plus grande fréquence chez l'homme s'est produite entre 30 et 39 ans, la tuberculose apparaissant chez lui comme une maladie de l'âge moyen de la vie. Chez la femme la fréquence est dans l'adolescence un peu plus grande que chez l'homme. Son maximum est entre 25 et 29 ans et devient minime à partir de 50 ans.

Evolution des cas de tuberculose pulmonaire survenus depuis 15 ans dans une circonscription populaire de Paris. M. Brocard. — La courbe est sensiblement la même dans les tuberculoses masculine et féminine. Il n'a pas été constaté de différence notable entre les taux de survie des tuberculoses ayant débuté en 1930-1939 et 1940-1944.

Myasthénie bulbo-spinale. Effet de la vitamine B et de la testostérone. — MM. Coste, de Sablet et Tourneur.

SOCIETE FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE

Séance du 21 janvier 1945

Grosse pulmonaire et communication interauriculaire. Observation anatomo-clinique. — MM. D. Routier, R. Tricot et P. Fortin.

Traitement par l'éphédrine des accidents nerveux du syndrome d'Adams-Stokes. — MM. J. Lenègre et H. Chevalier. — L'éphédrine, agent sympathicomimétique vaso-constricteur et cardio-stimulant, paraît être sous forme de chlorhydrate d'éphédrine naturelle (lévogyre), le meilleur traitement des accidents nerveux du syndrome d'Adams-Stokes. En période de crise, il faut donner par voie buccale 12 à 20 cgr. d'alcaloïde par jour en quatre prises régulièrement espacées (3 à 5 cgr. chaque six heures). Une fois les accidents nerveux arrêtés, il faut poursuivre indéfiniment le médicament à raison de 6 à 9 cgr. par jour en trois prises de 2 à 3 cgr. l'une (chaque 8 heures), comme on en userait du gardénal dans l'épilepsie. Depuis quelques années, dix-neuf malades ont été ainsi traités, avec 11 résultats très favorables (disparition totale ou presque totale des crises nerveuses) et 8 échecs. Le fractionnement des doses, la persévérance dans le traitement sont les conditions indispensables du succès. Il n'a été observé ni intolérance à l'éphédrine, ni accumulation, ni accoutumance, ni incident d'aucune sorte, même chez des sujets parfois hypertendus ou artérioscléreux ou angineux. Cependant, les auteurs ont pour habitude d'associer à chaque prise d'éphédrine 10 cgr. de théophylline et 2 cgr. de gardénal.

M. Clerc. — L'éphédrine ne présente pas la brutalité de l'adrénaline et je l'avais utilisée avec mes collaborateurs (en particulier le regretté M. Bascourret) dans le traitement de certains infarctus myocardiques. Chez les sujets atteints de dissociation auriculo-ventriculaire permanente, nous la prescrivons à titre préventif, associée à une faible dose de caféine, par petites cures de 5 jours, renouvelées régulièrement deux fois par mois. Il y a donc lieu de souligner l'intérêt de la méthode continue, adoptée par MM. Lenègre et Chevalier.

Ruptures multiples de l'aorte avec anévrysmes disséquants. — MM. Y. Bouvrain, J. Combet et A. Baland. — Observation d'une femme de 69 ans, hypertendue depuis plusieurs années et chez laquelle se produisit une première rupture de l'aorte en mars 1944. Après une période de latence de huit mois, une nouvelle rupture entraîne la mort. A aucun moment cette malade n'a ressenti de douleur.

Autopsie : triple déchirure de l'aorte, avec deux anévrysmes disséquants indépendants l'un de l'autre. Histologie : lésions typiques de médianécrose (Dr Duperret).

Considérations sur les phlébites des tuberculeux. — MM. P. Ameuille et J. Combet insistent sur la fréquence des phlébites chez les tuberculeux pulmonaires avancés. Chez 982 sujets atteints de tuberculose pulmonaire mortelle, ils ont noté l'apparition de 85 phlébites (soit dans 8,6 % des cas), avec 55 vérifications anatomiques. Cinq fois seulement la thrombose siégeait au-dessous de l'artère crurale ; preque toujours il s'agissait de thrombose des veines iliaques externes, iliaque primitive, remontant fréquemment jusqu'à la veine cave inférieure. Fait fondamental, on peut, dans la majorité des cas suivre le thrombus dans la veine iliaque interne et la veine hémorroïdale moyenne, où elle semble prendre naissance au niveau d'ulcérations rectales, associées 20 fois sur 24. Le mécanisme de production en semble obscur ; on ne peut que formuler des hypothèses. Peut-être l'ulcération sert-elle de porte d'entrée à des germes spécifiques ou non ; peut-être favorise-t-elle la constitution d'une endothéliite par voie neuro-végétative. En tout cas la phlébite chez le tuberculeux peut être comparée à la phlébite des opérées ou des accouchées où le point de départ est l'utérus et où la thrombose emprunte la voie de la veine utérine comme l'a montré Ducuing.

Influence des facteurs respiratoires sur l'amplitude des battements cardiaques. (Etude radiokymographique chez le sujet normal.) — MM. E. Donzelot et R. Heim de Balsac constatent qu'au cours de l'inspiration forte, les battements des contours cardiaques diminuent d'amplitude jusqu'à être immobiles dans certains cas. Après plusieurs secondes d'apnée, les battements reprennent progressivement une amplitude qui dépasse la norme lors de l'expiration suivante. Ils apportent la démonstration radiokymographique de ce phénomène chez le sujet normal et en soulignent l'importance lors de l'enregistrement et de l'interprétation des radiokymographies.

Altérations transitoires de l'electrocardiogramme après crises de tachycardie ventriculaire paroxystique. — MM. E. Donzelot, H. Sikorav et Essel rapportent huit cas, dont un personnel, d'inversion profonde et transitoire de l'onde T au décours de crises paroxystiques de tachycardie ventriculaire des sujets jeunes. Ils en discutent la pathogénie et, écartant l'hypothèse d'une lésion coronarienne, envisagent la possibilité d'un trouble vaso-moteur intra-myocardique ou d'une perturbation du métabolisme myocardique.

M. Deglaude a pu constater chez le malade de M. Donzelot des modifications séquelles en D œsophagienne 65 jours après la fin de la crise. Il pense, dans ces conditions, qu'il s'agit d'un trouble circulatoire localisé à la partie postéro-inférieure.

Etude radiokymographique de la cinétique du bord gauche du cœur chez le sujet normal. — M. R. Heim de Balsac base cette étude de la cinétique du bord gauche du cœur sur l'analyse de radiokymographies planes, en position frontale, prises chez 115 sujets normaux adultes. Il envisage successivement l'amplitude (son degré (faible $<$ 0 cm. 5, moyenne $=$ 0 cm. 5, forte $>$ 0 cm. 5), sa répartition de l'apex à la base, et la zone des déplacements du bord gauche), puis la morphologie d'un battement correspondant à une révolution cardiaque complète. La courbe de ce mouvement est comparable à un V à branches asymétriques dont l'auteur détaille les modalités d'aspect ainsi que la possibilité d'accidents secondaires tels que la petite onde télésystolique ou le ressaut diastolique. L'auteur se basera sur ces observations et statistiques lors de l'étude ultérieure d'une série correspondante de cas pathologiques.

L'électrocardiogramme au cours de l'électrochoc. — MM. J. Delay, R. Heim de Balsac, P. Neveu, étudiant l'électrocardiogramme de 20 femmes porteuses de troubles psychiques

divers, mais sans troubles organiques, avec appareil circulatoire normal, constatent aussitôt après le choc des modifications électrocardiographiques portant sur le rythme : tachycardie et bradycardie sinusales, parfois intriquées, arythmie respiratoire, plus rarement extra-systoles ventriculaires banales.

La morphologie des complexes ventriculaires est à peine altérée mais avec une très grande fréquence les ondes P et T présentent des augmentations d'amplitude parfois fort importantes.

Les auteurs rapprochant ces modifications de celles observées chez des sujets normaux mais présentant des perturbations neurovégétatives (puberté, surmenage, émotions, etc.), voient dans ce fait la confirmation de l'action prédominante de l'électrocardiogramme sur le diencéphale, déterminant des perturbations vagosympathiques extra-cardiaques sans retentissement sur le fonctionnement du myocarde lui-même.

Angine de poitrine et traumatismes précordiaux. — M. C. Lian. — Divers travaux français et étrangers ont établi qu'il existe des cas où un traumatisme précordial est l'unique facteur étiologique d'une angine de poitrine d'allure coronarienne.

En tablant sur sept observations personnelles (5 accidents d'automobile dont 4 avec contusion précordiale, 1 émotion violente, 1 intoxication légère par l'oxyde de carbone), C. Lian montre qu'assez fréquemment le traumatisme précordial ne fait que révéler, par l'intermédiaire de phénomènes vaso-moteurs surajoutés, un état cardio-vasculaire antérieur, généralement un athérome coronarien, jusqu'alors latent. Il établit également qu'une émotion, une intoxication peuvent déclencher par un mécanisme analogue une angine de poitrine du type coronarien.

Ainsi donc dans la première éventualité, relativement rare et ne s'observant avec netteté que chez les sujets jeunes, l'angor est uniquement traumatique. Dans la seconde éventualité, moins rare et s'observant surtout après 40 ans, l'angor n'est qu'en partie traumatique, distinction importante du point de vue médico-légal.

Etude de l'orthodiagramme et pathogénie des modifications ventriculaires au cours de l'épreuve de Valsalva. — M. André Basset (de Limoges), confirme et complète les conclusions de Lian, Marchal et Le Bozec sur la grande diminution de volume du cœur et des vaisseaux, constatée à l'examen radiologique pendant l'épreuve de Valsalva.

Il montre qu'en interprétant largement les chiffres, en voyant à l'écran les ombres cardio-vasculaires se modifier, on prend un aperçu du potentiel de réaction de presque toute la circulation, on apprécie les possibilités d'effort des cardiaques.

SOCIETE DE MEDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

Séance du 14 décembre 1944

Enorme anévrysme artérioso-veineux fémoral. Extirpation. — M. Talbot.

Trois cas d'anévrysmes artériels de la fémorale commune traités par artériectomie. — M. Favre.

Effets physiologiques des levures en alimentation humaine. — M. R. Crosnier.

Les formes monosymptomatiques de la pellagre. — M. A. Charlin. — L'étude de nombreux cas de pellagre permet d'insister sur l'aspect de certaines formes monosymptomatiques, en particulier les formes mentales et digestives (rectites et diarrhée). Les signes certains sont absents, ce qui rend le diagnostic difficile. Ces formes doivent être connues, car une thérapeutique nicotinique intensive, à dose de 1 gr. d'acide nicotinique par jour, permet d'éviter tantôt l'internement, tantôt la mort. Les résultats de cette thérapeutique sont rapides et surprenants.

Gelures et artérite. — MM. Guillermo et Kliszowski. — Les gelures sont très probablement dues à des lésions artériolaires dont l'extension aux vaisseaux plus importants peut entraîner des gangrènes sèches ou infectées plus ou moins étendues. Il faut insister sur le fait que ces lésions anatomiques apparaissent relativement tard après l'atteinte par le froid, d'où intérêt de traiter les gelés le plus tôt possible, par des infiltrations du sympathique lombaire, des injections intra-artérielles de novocaïne, dont l'action sur les troubles vaso-moteurs est connue.

Séance du 11 janvier 1945

A propos de l'organisation du service de santé américain. — M. Py. — Dans la mise sur pied du service de santé de l'armée française en opérations, compte a été tenu de l'organisation du service de santé de l'armée américaine. C'est ainsi que le bataillon médical remplace le groupe sanitaire divisionnaire. Les autres formations sanitaires sont représentées par l'hôpital d'évacuation motorisé, l'hôpital d'évacuation non motorisé et l'hôpital de campagne.

Jusqu'alors, le régiment médical, l'hôpital chirurgical, l'hôpital de convalescents et l'hôpital général ne figurent pas dans le dispositif du service de santé français.

Il est à noter que dans l'armée américaine, existe un corps de dentistes militaires, mais il n'y a pas d'officiers pharmaciens.

Le personnel sanitaire des corps de troupe appartient au service de santé et le commandant du bataillon médical est en même temps le directeur du service de santé de la division.

Les véhicules automobiles sont conduits, entretenus et réparés par du personnel du service de santé, certains officiers d'administration ayant des fonctions d'officiers « Auto ».

Réanimation et transfusion. — M. Tzanck. — A l'heure actuelle, la transfusion pose encore — quant à ses modalités d'application — des problèmes souvent fort délicats et dont la solution ne peut être univoque. Où doit être pratiquée la transfusion ? A quel moment après la blessure ? Combien de sang doit-on injecter ? Est-ce le sang ou le plasma ? Le plasma ou le sérum ? Ceux-ci doivent-ils être liquides ou desséchés ?

Après avoir été l'objet d'un engouement un peu excessif le plasma a repris sa juste place, qui est celle d'un remarquable liquide de remplacement. Il réalimente par action de masse la circulation en retour, mais ne saurait détrôner — en toutes circonstances — le sang complet, qui restitue à l'organisme ses globules rouges.

Etant donné le rôle important que jouent les réanimateurs, il est nécessaire d'intensifier leur formation et de les doter d'un solide bagage médico-physiologique.

La création d'équipes scientifiques qui iraient aux armées essayer de résoudre les difficiles problèmes de la réanimation — notamment la pathogénie des accidents qu'elle entraîne parfois, est également très souhaitable.

Introduction à l'étude des carences. — M. Crosnier. — Le bilan de la ration contingentée, qui était déjà fortement déficitaire en 1942, a continué à s'abaisser pour atteindre un minimum inquiétant en juillet et août 1944 (915 cal.).

Depuis lors, il ne s'est pratiquement pas sensiblement amélioré (1.078 cal.). Il atteint péniblement 1.300 et 1.400 cal. au maximum, dans des circonstances très inconstantes et rares.

Les régimes pour malades ont subi les répercussions des restrictions, surtout le régime III (retour tout récent du bilan initial). Le problème des « dénutris » reste toujours grave.

Le problème du lait n'est pas moins alarmant, surtout pour les J2 et J3 et les vieillards.

Tant que la ration contingentée n'aura pas atteint 2.000 calories (minimum 1.800), on risquera des accidents carentiels graves.

INFORMATIONS

(Suite des informations de la page 130)

Renseignements

Vacance de deux postes de médecin-assistant à la Colonie Familiale d'aliénés d'Ainay-le-Château (Allier).

Conditions : Avoir plus de 16 inscriptions ou, pour être titularisé, être docteur en médecine.

Intérêt : Stage psychiatrique unique en France, dans le domaine de la psychopathologie des aliénés en liberté. Titre et fonctions des plus utiles à la préparation des concours de psychiatrie.

Ecrire : Dr M. Leconte, médecin-directeur, Ainay-le-Château (Allier).

Nécrologie

— Nous apprenons avec émotion la mort de M. Claude Monod, interne des hôpitaux de Paris, aide d'anatomie à la Faculté, commandant au Ne régiment de tirailleurs marocains, tombé héroïquement pour la France le 2 avril 1945, à l'âge de 28 ans, près de Carlsruhe (Bade). Pendant la résistance, Claude Monod (colonel Claude) avait commandé les F. F. I. de Bourgogne-Franche-Comté. Il laisse une veuve et trois enfants. Nous prions son père, le Dr Robert Monod, de recevoir l'expression de notre bien profonde sympathie.

— On annonce la mort de M. le médecin général Bar, grand officier de la Légion d'honneur, décédé dans sa 73e année.

— Le Dr Paul Trastour, ancien interne des hôpitaux de Paris (1900), décédé le 16 février, à Lorgues (Var).

— Le Dr Georges Rouhet, à Taillecavat, décédé dans sa 91e année. Le Dr Rouhet avait acquis une grande réputation en se faisant l'apôtre de l'hydrothérapie, de la culture physique et de l'athlétisme. On lui doit de nombreuses publications. Ses compatriotes l'avaient honoré, de son vivant, en faisant apposer sur sa maison natale une plaque commémorative.

— Le Dr Toye, médecin-chef des hôpitaux psychiatriques, chargé de cours à l'Ecole de médecine d'Angers, décédé à l'âge de 36 ans.

— Le Dr Jacques Wintrebert, chef de clinique à la Faculté de Paris.

— Le professeur Charles Morel, de Toulouse.

— Le médecin général F. Duguet, ancien professeur au Val-de-Grâce, ancien inspecteur général du Conseil sanitaire maritime et quarantenaire d'Egypte, membre de l'Académie de chirurgie, décédé à Bayonne le 16 août 1944.

— Le Dr Ernest Mordret, ancien interne des hôpitaux de Paris (1887), correspondant de l'Académie de Chirurgie, chirurgien honoraire de l'hôpital du Mans, décédé au Mans, le 7 mars 1945.

— M. Michel Laënnec, externe des hôpitaux de Paris, décédé accidentellement le 23 mars 1945.

— M. Emile Lévy, père du Dr Jeanne Lévy, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, et du médecin lieutenant André Lévy.

INTERETS PROFESSIONNELS

Union des Médecins Français (U. M. F.)

Les organismes médicaux (Service de Santé National, Comité National des Médecins Français, Libération-Nord, auxquels se sont joints les membres médicaux du Mouvement de Libération Nationale) qui ont, pendant la période de la Résistance, travaillé ensemble dans le seul but, commun à tous, de la défense de la Patrie, ont décidé de réunir tous les médecins en une formation unique, l'Union des Médecins Français (U. M. F.), pour étudier et, s'il se peut, pour résoudre les problèmes intéressant directement la profession médicale et, par elle, la vie même du pays.

Cette organisation, essentiellement apolitique, travaillera en étroite liaison avec les syndicats médicaux. Elle se propose d'étudier en accord avec les praticiens, les conditions nouvelles de la vie médicale, les grandes questions posées par la Victoire, par le retour des prisonniers, par l'état social d'aujourd'hui et de demain, les réformes médicales dans l'enseignement de la médecine et l'attitude à prendre par les médecins vis-à-vis des assurances sociales.

Réunissant un grand nombre d'adhérents et une importante somme de bonnes volontés, l'U. M. F. espère, loin de toutes discussions doctrinales, faire un utile travail.

Prof. L. de Gennes,
Président de l'U. M. F.

Chambre Syndicale des Médecins de la Seine

Un certain nombre de médecins, au reçu de notre première lettre sollicitant leur adhésion, se sont sans doute demandé à quel objet exact répondait la Chambre Syndicale des Médecins de la Seine.

Nous croyons devoir leur rappeler que le groupement des médecins au sein d'une organisation syndicale unique correspond aujourd'hui à une nécessité vitale pour la profession tout entière. Toute hésitation, toute indifférence ferait à nos dépens la part belle aux Caisses d'Assurances sociales qui entendent disposer de nous à leur gré, au moindre prix, instaurer une médecine de pauvres et promouvoir en dehors de nous les nécessaires réformes de la médecine.

D'autre part, nous pensons nécessaire de vous préciser que :

1° La Chambre Syndicale ne fait en aucune manière double emploi avec les organisations médicales à but politique ou civique, dont chacun est individuellement libre de faire partie. Seul un Syndicat est, en effet, habilité à représenter le corps médical sur un plan strictement professionnel auprès des pouvoirs publics et à participer pratiquement à l'organisation sociale de la médecine;

2° La Chambre Syndicale ne fait pas non plus double emploi avec le Conseil départemental institué par l'ordonnance du 11 décembre, lequel, selon les articles 1 et 2 de cette ordonnance, sera déchargé de la défense et de la gestion des intérêts professionnels dès que notre Chambre aura effectivement entrepris son action. Un certain nombre de personnalités, membres dudit Conseil, seront au reste vraisemblablement appelées à faire partie de l'organe directeur de notre Chambre ;

3° L'initiative de la fondation de la Chambre Syndicale n'a été prise qu'après avoir obtenu l'assurance que les anciens syndicats reconstitués fusionneraient avec elle ; cette fusion est désirée de tous et a reçu l'approbation des quatre anciens présidents desdits syndicats ;

4° La Chambre Syndicale sera le seul organisme habilité par la Confédération Nationale des Syndicats Médicaux reconstituée. Ainsi aura-t-elle seule qualité, selon la loi des Assurances sociales, pour représenter le corps médical de la Seine auprès des Caisses d'Assurances sociales de la région ;

5° Il est d'un intérêt évident que notre Chambre devienne rapidement, par l'importance de son recrutement, l'organe représentant réellement la profession tout entière dans son ressort. De l'adhésion de chacun dépend donc notre force, et l'efficacité de la défense d'une profession attaquée de toutes parts.

(Envoyez votre adhésion au Dr Dupas, secrétaire général provisoire, 99, avenue Ledru-Rollin, Paris (11e). en y joignant 200 fr. à valoir sur la cotisation définitive).

Communiqué du Conseil des Médecins de la Seine

1° Certificats médicaux délivrés en vue de l'obtention de coupons d'achat pour chaussures orthopédiques.

Le Conseil des Médecins reçoit de la Préfecture de la Seine, la lettre dont nous donnons la copie ci-dessous.

Paris, le 12 avril 1945.

Monsieur le Président,

« J'ai l'honneur de vous prier de bien vouloir inviter MM. les Docteurs en médecine à établir les certificats médicaux qu'ils délivrent pour l'obtention de coupons d'achat pour chaussures orthopédiques de la façon suivante :

a) Porter le titre suivant : certificat pour l'obtention d'un coupon d'achat pour chaussures orthopédiques ;

b) Indiquer que le demandeur a besoin :

— Soit d'une seule chaussure orthopédique (cas d'un mutilé porteur d'un pilon et dont la conformation de l'autre pied nécessite le port d'une chaussure orthopédique).

— Soit d'une chaussure orthopédique et d'une chaussure normale (cas d'un consommateur ayant une infirmité à un seul pied, l'autre pouvant porter une chaussure normale).

— Soit d'une paire de chaussures orthopédiques (cas d'un consommateur dont les deux pieds nécessitent le port d'une chaussure orthopédique).

Ces renseignements sont destinés à permettre au Service de délivrance de coupons d'achat d'établir des coupons correspondant aux besoins des bénéficiaires ».

2° Déclaration de maladies contagieuses :

Nous portons également à la connaissance de nos confrères la lettre ci-dessous

de M. le Directeur régional de la Santé et de l'Assistance à Paris :

Monsieur le Président,

« M. le Ministre de la Santé publique vient de me signaler que certains médecins persistent encore à ne pas déclarer les cas de maladies contagieuses qu'ils sont appelés à connaître.

En conséquence, il me demande de rappeler à nouveau aux médecins que le décret-loi du 30 octobre 1944 leur fait une obligation absolue de déclarer à l'autorité sanitaire tout cas de l'une des maladies contagieuses énumérées à l'article premier du décret du 16 mai 1936, complété par les actes dits décrets des 26 juillet 1941 et 29 novembre 1943.

Vous voudrez bien insister tout particulièrement sur le fait qu'il ne s'agit pas là d'une brimade ou d'une paperasserie inutile, mais d'une formalité rigoureusement indispensable pour que les autorités responsables de la santé publique puissent prendre à temps et en toute connaissance de cause, des mesures efficaces pour combattre la propagation des maladies épidémiques.

En outre, je vous rappelle que l'acte dit « Loi du 31 décembre 1942 » a rendu obligatoire la déclaration des maladies vénériennes (blennorragie, syphilis, chancre mou, maladie de Nicolas-Favre).

Fédération Nationale des Médecins du Front. — Le Bureau de la Fédération Nationale des Médecins du Front invite ses membres de la région parisienne, ainsi que les médecins de la Seine, à participer à l'accueil de nos camarades médecins rentrant de captivité (prisonniers et déportés politiques). Un certain nombre de nos confrères libérés doivent, en effet, en cours de voyage, passer par Paris et y être hébergés pendant un temps très court ; il serait certainement beaucoup plus agréable pour eux de se retrouver, dès leur retour, en milieu médical. Tous les médecins qui pourraient disposer d'une chambre à cet effet voudront bien se faire connaître au Dr Grasset, 5, boulevard du Montparnasse, Seg. : 96-81, qui les mettra en relation avec les postes d'accueil des gares.

Nous espérons que tous nos confrères des grands centres de province auront à cœur d'accomplir ce même geste de solidarité, bien faible témoignage de reconnaissance envers ceux de nos confrères qui ont eu tant à souffrir pour nous.

La Mobilisation des Etudiants en médecine

A la suite des mesures de mobilisation touchant les étudiants en médecine, le Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris m'a chargé de demandé une audience à M le Directeur du Service de Santé du G. M. P. Le médecin général inspecteur Arène a bien voulu me donner les précisions suivantes, en réponse aux divers vœux que je lui ai présentés de la part du Comité :

« Nous avons mobilisé dans le Service de Santé les classes 1935 à 1940 dont nous avons absolument besoin, ayant encore un certain nombre de médecins prisonniers, ou partis en Allemagne depuis 1943 pour la relève.

D'autre part, le Ministère des Prisonniers et Déportés nous prélève d'assez nombreux effectifs. Nous sommes même obligés de convoquer dès maintenant les classes 1933 et 1934, car nous avons à assurer le fonctionnement des cadres médicaux de la nouvelle armée et des corps expéditionnaires. Enfin il est juste d'envoyer au repos, ne serait-ce que provisoirement, les médecins auxiliaires et médecins officiers qui sont en campagne — et quelle campagne! — depuis Brazzaville et Bir-Hakeim ; ils ont fait la Tripolitaine, la Tunisie, l'Italie, la France et l'Alsace sans désemparer.

Dites bien ceci à vos camarades, car on a tendance à trop passer sous silence les services et l'héroïsme de nos armées d'Afrique.

Dans toutes les classes nouvellement appelées, bien entendu les réformés mis à part, tous les étudiants et médecins n'occupant pas des emplois administratifs sont ou seront mobilisés. Les autres le seront dans la proportion de 50 % sous la responsabilité de leurs Administrations respectives, donnant sur chacun d'eux les références voulues au Service de Santé militaire.

Ainsi il appartiendra aux directeurs régionaux de la Santé publique de nous signaler les médecins nécessaires dans leurs cantons, au cas où la mobilisation enlèverait tout le personnel médical dudit canton, et ceux qui sont nécessaires seront renvoyés dans leurs foyers.

De même, les internes et externes nommés au concours dans les villes de Faculté, seront maintenus à leur poste dans la proportion de 50 % et placés dans la position correspondant à l'affectation spéciale de 1939-40 : ils ne seront pas mobilisés et n'auront droit à aucune des prérogatives de la situation militaire.

Quant aux grades, une hiérarchie est créée, s'inspirant un peu de ce que votre Association demandait autrefois ; automatiquement en arrivant au corps et pendant la durée de la guerre :

Est nommé médecin auxiliaire, l'étudiant à 8 inscriptions.

Est nommé médecin sous-lieutenant, l'étudiant à 24 inscriptions.

Est nommé médecin lieutenant, l'interne nommé au concours.

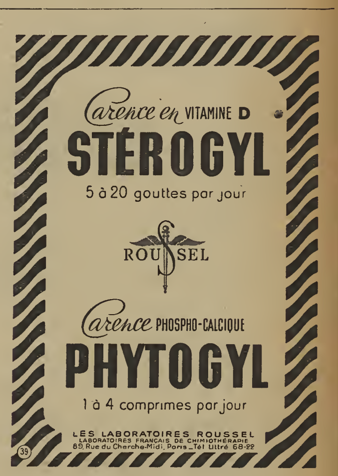
Jusqu'à ces dernières semaines, ces mesures ne touchaient que les engagés volontaires (1).

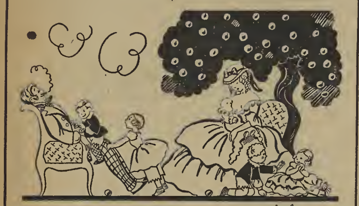
Enfin l'avancement est à l'étude, avec des rappels de solde intéressants pour tous ceux qui sont sous les drapeaux depuis un certain temps ; un certain nombre d'étudiants dont le dévouement a été remarquable pourront, pensons-nous, être envoyés dans les Facultés pour y reprendre une partie de leur scolarité interrompue ».

Ces déclarations très précises méritent d'être connues de tous les intéressés.

Maurice Mordagne.

(1) Voir « Gaz. Hôp. », n° 3, p. 46.


Carence en VITAMINE D
STÉROGYL
5 à 20 gouttes par jour
ROUSSEL
Carence PHOSPHO-CALCIQUE
PHYTOGYL
1 à 4 comprimés par jour
LES LABORATOIRES ROUSSEL
LABORATOIRES FRANÇAIS DE CHIMIOTHÉRAPIE
89, Rue du Cherche-Midi, Paris _ Tél Littré 68-22
39





Imp. Tancrède, 15, r. de Verneuil, Paris (VIIe) Dépôt légal. — 1945. — 2e Trim. — N° 1. — Le Directeur Gérant : F. Le Sourd.

N° 10. — 15 MAI 1945 118e ANNÉE Ce numéro : 4 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 100 fr. Etudiants, 50 fr. ; Etranger, 150 et 180 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

MARDI 8 MAI 1945

Journée inoubliable, attendue depuis si longtemps, mais avec une certitude absolue, car le général de Gaulle ne s'est jamais trompé.

Après cinq ans d'une abominable oppression, l'orgueilleuse armée allemande s'écroule, vaincue. Par une merveilleuse coïncidence, la victoire des Alliés se produit le jour de la fête de la Vierge lorraine.

Ce même jour, l'Académie de Médecine a tenu une séance très noble. A 15 heures, tous ses membres étaient présents. Ils ont écouté debout l'admirable déclaration du général de Gaulle et les hymnes alliés retransmis par T.S.F.

Et, tandis que par les fenêtres entr'ouvertes on entendait les sirènes annoncer la fin de la dernière alerte, tandis que sonnaient à toute volée les cloches de la vieille abbatiale de Saint-Germain-des-Prés, la joie se faisait plus grave.

Les pensées se reportaient avec tendresse et une infinie gratitude vers nos combattants : ceux de la première armée française, ceux des armées de nos grands et magnifiques alliés. Et puis nous pensions à ceux qui sont tombés, à ceux qui ont souffert, à ceux qui se sont sacrifiés dans la Résistance et aussi à ceux qui souffriront et tomberont encore pour que la France et son empire d'Asie demeurent grands et libres.

Une indicible émotion étranglait les voix des assistants lorsque, avec le Président, ils crièrent :

« Vive... Vive la France ! »

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Depuis le 11 avril, l'hôpital Bichat est réservé aux prisonniers et aux déportés.

Il en est de même pour l'hôpital Saint-Louis (dermatologie et voies urinaires) et l'hôpital Claude-Bernard (maladies contagieuses).

Centres de pénicillinothérapie

De nouveaux centres de traitement par la pénicilline ont pu être installés dans les hôpitaux suivants :

A Paris :

Hôpital Trousseau (service d'oto-rhino-laryngologie), Dr Rouget.

Maternité de Port-Royal (service d'obstétrique), Prof. Porte

Hôpital Saint-Antoine (service de chirurgie adultes), Prof. Cadenat.

En province :

Dijon : Hôpital général de Dijon : service du Dr Veillet ; service des Drs Deslandre et Leblanc.

Limoges : service du Dr de Léobardy.

Nice : Hôpital Pasteur, à Nice, service des Drs Marassi et Oriol.

Poitiers : Hôtel-Dieu, à Poitiers, service du Dr Le Blaye.

Rouen : Hospice général : service du Dr Fleury.

Faculté de Médecine de Paris

Vacance de chaire. — La chaire de clinique médicale de l'hôpital Broussais (dernier titulaire M. ABRAMI, décédé, est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à dater du 22 avril 1945, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Facultés de province

Lyon. — M. Morenas agrégé libre, est nommé, à titre provisoire, professeur titulaire de la chaire d'hygiène (dernier titulaire M. Rochaix, décédé).

M. Gabrielle, professeur sans chaire est nommé à titre provisoire professeur titulaire de la chaire d'anatomie (dernier titulaire M. Latarget, retraité).

Toulouse. — M. Calmettes, agrégé, est nommé professeur titulaire de la chaire de clinique ophtalmologique (dernier titulaire M. Gorse, retraité).

Centre régional anticancéreux de Marseille. — M. le Dr Yves Poursines, professeur agrégé à la Faculté de Marseille, a été nommé médecin aux services de parasitologie et hématologie du Centre régional anticancéreux de Marseille et du Sud-Est, en remplacement de M. le professeur Roulacroix, décédé.

Académie de Médecine

Le prix Albert Ier de Monaco (100.000 fr.) qui doit être décerné en 1945, sera sans doute attribué au Dr James Reilly, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de laboratoire de la clinique des maladies infectieuses. M. Reilly est l'auteur de belles recherches sur le rôle du système nerveux sympathique dans la genèse des lésions et des symptômes au cours des infections et intoxications et, en particulier, dans la fièvre typhoïde.

Santé Publique

Par un décret du 4 avril 1945, M. Sauvy (Alfred), inspecteur général au service national des statistiques, est nommé secrétaire général à la famille et à la population.

La vaccination obligatoire contre le typhus

Une ordonnance du 27 mars 1945 (Gaz. Hôp., 1945, n° 8, p. 113), a institué l'obligation de la vaccination contre le typhus. Un arrêté du 30 avril 1945, publié à l'Officiel du 4 mai 1945, précise que cette vaccination sera obligatoire pour les personnes appartenant aux catégories suivantes : corps des assimilés spéciaux du rapatriement ; personnel des services hospitaliers et des centres d'hébergement ; médecins, infirmières et assistantes sociales exposés à la contagion.

Les médecins du service de santé du rapatriement et les inspecteurs départementaux de la santé, veillent à l'accomplissement de cette vaccination. Le contrôle technique et administratif de la vaccination incombe aux directeurs régionaux.

Ministère des prisonniers, déportés et réfugiés

Le contrôle médical des prisonniers et déportés rapatriés

Une ordonnance du 20 avril 1945 parue au Journal Officiel du 25 avril institue un contrôle médical obligatoire pour tous les rapatriés.

Le contrôle médical comporte deux examens pratiqués le premier dès le rapatriement, le second au plus tôt quatre mois et au plus tard sept mois après le premier examen, et destiné à compléter le premier et à déceler les affections susceptibles de se manifester après une période de latence.

Les constatations médicales effectuées au cours des deux visites prévues ci-dessus n'entraînent pas de sanctions thérapeutiques et réservent le libre choix du médecin traitant dans le cadre de la législation en vigueur.

Des arrêtés détermineront la forme et l'utilisation des constatations médicales. Le contrôle médical sera organisé dans chaque département sous l'autorité technique du directeur régional de la santé ; par le médecin inspecteur de la santé, avec le concours d'un médecin nommé par le ministre des prisonniers, déportés et réfugiés, et qui prend le titre de médecin départemental des prisonniers et déportés.

Réquisition des médecins. — Le J. O. du 25 avril publie un décret du 20 avril relatif à la réquisition des médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes.

A dater de la promulgation de ce décret et jusqu'à une date qui sera fixée par décret, les médecins non mobilisés et les femmes médecins de nationalité française ou ressortissants français sont tenus, sans ordre spécial, de continuer sur place l'exercice de leur profession.

En outre, tous les docteurs en médecine et les étudiants en médecine des deux sexes peuvent être requis par le Ministère de la Santé Publique, soit pour donner des soins à la population civile, soit pour être affectés à un service public, notamment le contrôle médical des prisonniers et déportés après leur rapatriement.

Ces dispositions s'appliquent également aux médecins étrangers autorisés à exercer la médecine en France.

Un certain nombre d'articles de ce décret sont relatifs à différentes questions d'ordre matériel, logement, affectation, protection de la clientèle, etc.

Guerre

Service scientifique et des recherches intéressant l'armée et les opérations militaires. — Une ordonnance du 28 avril 1945 (J. O. du 29 avril), porte création au Ministère de la Guerre et, pour la durée de la guerre d'un service scientifique et des recherches chargé de faire bénéficier le commandement de toutes les possibilités offertes par les connaissances scientifiques du moment en vue d'augmenter le rendement et l'efficacité des armes ; de maintenir la liaison entre l'Etat-Major général et les savants et techniciens français ; de coordonner et de guider sur le plan scientifique les diverses recherches, études ou missions.

Pour le fonctionnement de ce service, il est créé un corps temporaire d'officiers assimilés spéciaux.

Un décret du 28 avril 1945 fixe l'organisation de ce service qui comprend notamment un bureau de sciences (médecine physiologie et biologie) et un bureau de sciences (physique et chimie).

Un second décret fixe le statut des cadres de ces assimilés spéciaux.

Croix-Rouge française. — Une ordonnance du 27 avril 1945 parue au Journal Officiel du 28 avril porte réorganisation de la Croix-Rouge française et fixe ses statuts.

Légion d'honneur

Santé Publique. — Est promu au grade d'officier : M. le Dr Bernard Lafay, de Paris, titres exceptionnels.

Guerre. — Officier : Méd. cap. Larribère, chef d'équipe chirurgicale. (Croix de guerre avec palme.)

Chevalier : Med. cap. Benichou, chef d'équipe chirurgicale; méd. s.-lieut. Durrieu, Ne groupe Tabors ; méd. cap. Perrot, Ne spahis marocains ; méd. commandant Robin, Ne D. I. française libre. (Croix de guerre avec palme.)

Médaille militaire

Pharmacien auxiliaire Vilmann (M.-H.), Ne R. d'Inf.

Médecin auxiliaire Pariente (Maurice), Ne R. inf. col.

(Croix de guerre avec palme.)

Citation à l'Ordre de l'Armée

Médecin auxiliaire Favre (H.-A.), Ne bataillon médical).

(Croix de guerre avec palme.)

Le Syndicat des gynécologues français a par décision officielle repris son activité.

Il est ouvert à tous les gynécologues qualifiés par un an de stage dans un service de gynécologie et trois ans d'exercice de la gynécologie attestés par deux gynécologues membres du Syndicat, les années de clinicat ou d'internat dans un service de gynécologie comptant comme années de pratique.

Les adhésions nouvelles sont reçues par M. Courtois, secrétaire adjoint 1, rue Racine, à Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise).

Un Collège de l'Adolescence. — Psychologues et psychanalystes, médecins et pédagogues ont jeté les bases déjà solides de la psychologie de l'enfance. De telles bases sont à rechercher pour la psychologie de l'adolescence.

Tel est le but que se propose le Collège de l'Adolescence, groupement qui aura pour tâche de rassembler les documents provenant des sources les plus diverses.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat provisoire, à M. le Dr Gaston Ferdrière, à l'hôpital psychiatrique de Rodez (Aveyron). (suite p. 162)

ANDRE LEURET

L'hiver dernier a été particulièrement sévère pour les chirurgiens. Peu après J.-L. Faure et Auvray qui furent tous deux ses maîtres, notre collègue Leuret, chirurgien honoraire de l'hôpital Saint-Joseph, a été enlevé à son tour.

Leuret avait une réputation incontestée de bon chirurgien. Le penchant irrésistible qui l'attirait vers notre profession, dès sa jeunesse, a été pleinement justifié par sa belle vie professionnelle. Ses parents désiraient le voir entrer à Polytechnique. Leuret, entraîné par sa vocation, réussit, à l'insu de sa famille, et en se plaçant comme répétiteur dans un lycée, à commencer ses études médicales.

Travailleur acharné, il fut reçu à l'internat en 1899. Son internat se passa en chirurgie, d'abord chez Potherat, à Bicêtre, puis chez Campenon, à la Charité, chez Jalaguier aux Enfants-Assistés. Sa quatrième année, chez Bouilly, l'orienta vers la gynécologie où il devait briller.

Reçu à l'adjuvat, il éprouva ensuite l'ingratitude des concours et y renonça avec philosophie. Il avait mieux à faire. Il s'attacha à J.-L. Faure, prestigieux opérateur, puis passa trois années auprès d'Auvray comme assistant de consultation à l'hôpital Broussais. Il devint alors chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph et pendant près de quarante ans, il put, dans un service digne de lui, confirmer sa réputation. La guerre de 1914-1918 lui avait permis de montrer qu'il n'était pas seulement un vrai chirurgien, mais un chirurgien heureux, aussi nombre d'anciens blessés venaient-ils le trouver en cachette pour se faire réopérer. Un grand chef et un aviateur prestigieux eurent ainsi recours à lui.

Notre collègue Leuret, à ses hautes qualités professionnelles joignait les plus belles qualités de caractère et de cœur, il était d'une extrême bonté et jusqu'à sa retraite, toute récente, il ne cessa de se dévouer à ses malades. Il ne laisse que des regrets à tous ceux qui l'ont connu, qui l'ont estimé et qui l'ont aimé.

A son fils, le Dr Jean Leuret, et à son frère, le Professeur Eugène Leuret (de Bordeaux), nous adressons l'expression nos vives condoléances. F. L. S.



A cinq mois, sa première bouillie

Préparée à l'eau et additionnée de lait par moitié, la farine lactée **diastasée** SALVY permet dès le 5e mois de **compléter l'allaitement** de l'enfant par l'apport d'un aliment riche en hydrocarbones éminemment digestible et bien assimilable. La farine lactée **diastasée** SALVY facilite la préparation du sevrage et y conduit sans troubles digestifs.

Préparé par BANANIA

FARINE*
LACTEE DIASTASÉE
SALVY

* Aliment rationné vendu contre tickets



Laboratoires J. LAROZE - 54, rue de Paris - Charenton (Seine)



TRINITRINE

ET ASSOCIATIONS
(DRAGÉES A NOYAU MOU)

TRINITRINE SIMPLE
TRINITRINE CAFÉINÉE DUBOIS
TRINITRINE PAPAVÉRINE LALEUF
TRINITRAL LALEUF
TRINIBAÏNE LALEUF

ANGINE DE POITRINE
CRISES VASCULAIRES SPASMODIQUES

LABORATOIRES LALEUF
51, rue Nicolo - PARIS-XVIe

DIURÈNE

EXTRAIT
TOTAL
D'ADONIS VERNALIS

TONICARDIAQUE	ARYTHMIE COMPLÈTE
DIURÉTIQUE PUISSANT	Insuffisance ventriculaire
	SCLÉROSES ARTÉRIELLES
	AFFECTIONS HÉPATIQUES

Laboratoires Carteret, 15, r. d'Argenteuil, Paris

REVUE GÉNÉRALE

COMMENT ENVISAGER AUJOURD'HUI LE TRAITEMENT DES FIBRO-MYOMES UTÉRINS EN DEHORS DE LA GROSSESSE

Par R. Joyeux
Chirurgien assistant des hôpitaux de Montpellier

La question du traitement des fibromes est une de celles qui ont subi la plus imprévue, la plus complète transformation, par l'entrée en scène des agents physiques et de la thérapeutique hormonale.

En moins de 50 ans, s'était installée d'une façon magistrale l'hystérectomie moderne. La chirurgie pensait avoir ainsi atteint l'idéal dans le traitement des fibromes. Et voici que les découvertes de Roëntgen et de Curie, les recherches sur les inter-actions des glandes à sécrétion interne, mettent en question l'avenir de cette opération que J.-L. Faure appelait, avec raison, « la plus belle conquête de la chirurgie contemporaine ».

***

Quand une fibromateuse se présente en effet à notre examen et à notre conseil, elle est à un carrefour qui s'ouvre sur une triple voie :

— Appartient-elle à cette catégorie de malades pour laquelle conviennent et suffisent les moyens médicaux ?
— Relève-t-elle de la physiothérapie ?
— Est-elle, enfin, justiciable de la chirurgie ?

A la base de cette réponse se trouve d'abord une *question de diagnostic*, qu'il faut serrer d'aussi près que possible.

Et d'abord attention aux « faux fibromes » : une femme de 45 ans présente des hémorragies utérines anormales. On l'examine, la paroi abdominale est un peu épaisse, on sent un utérus qui semble un peu gros : « C'est un utérus fibromateux, dit-on, il faut l'opérer ». Et on ne songe pas qu'il peut s'agir d'une grossesse, de métrorragies fonctionnelles pré-ménopausiques...

En présence d'un fibrome, nous devons individualiser le cas et ne prendre une décision thérapeutique qu'après une rigoureuse analyse :

De l'importance des symptômes (fréquence et abondance des hémorragies) ;

Du siège et du volume de la tumeur (s'agit-il d'une tumeur incluse dans le ligament large ou d'un fibrome sous-séreux pédiculisé) ;

De l'évolution même de la tumeur (nécessité parfois d'examens répétés. L'épreuve des règles est à notre avis de la plus grande importance. Que de fois sommes-nous frappés par les modifications de volume de la tumeur en rapport avec les règles : augmentation de volume à la veille des règles et pendant les règles, diminution nette de volume aussitôt après) ;

Des complications : fibromes dégénérés, tordus, douloureux, accidents de compression locale et accidents généraux (cardio-vasculaires et rénaux : tension artérielle, azotémie).

Tenons compte enfin de l'âge de la malade (s'agit-il d'une femme jeune, pré-ménopausique, en période d'activité génitale, d'une femme au contraire à la ménopause ou l'ayant même dépassée), et de son état social.

Plus que jamais, nous allons le voir... et je n'hésite pas à le crier, les paroles de Forgue (1) trouvent leur valeur : *C'est une question de conscience et d'option scrupuleuse pour la décision de moindre péril et de suffisante efficacité! Nous devons nous affranchir de tout pli professionnel : entre radiologues, médecins et chirurgiens, il doit y avoir action concertée, collaboration et non concurrence !*

***

Nous ne pouvons comprendre le problème thérapeutique des fibro-myomes utérins si nous ne connaissons les conditions biologiques de ces tumeurs et leur physio-pathologie.

Le fibro-myome utérin est histologiquement une tumeur bénigne qui peut envahir toute la paroi utérine ou se développer comme un noyau isolé, séparé par une capsule.

Plusieurs points doivent retenir notre attention :

(1) Forgue : La vie propre du fibrome utérin. Rapport à la Réunion hydrologique et climatologique de Montpellier, 29 mars 1931.

1° *L'origine de la tumeur ?*

La théorie de l'origine vasculaire, longtemps classique en France, est aujourd'hui abandonnée. Pour Ferrier, cependant, la rupture d'un petit vaisseau de la paroi utérine produit un hématome rapidement envahi par le tissu fibreux.

La théorie de Conheim-Ribert est la plus couramment admise encore aujourd'hui : le fibro-myome naît des éléments cellulaires, résidus de la vie embryonnaire, prenant tardivement un développement anormal.

Pas plus l'une que l'autre de ces hypothèses ne nous fournit d'indications prophylactiques ou thérapeutiques.

Forgue, avec Treub et Pinard admet que le manque ou l'abandon précoce de la maternité favorise la production des fibromes : fréquence en effet des fibromes chez les vieilles filles et les stériles volontaires.

2° *La vie même de la tumeur ?*

Des coupes d'organes après injections colorées établissent que : le muscle utérin est beaucoup plus vasculaire que le myome ; que la nutrition sanguine du myome dépend de celle de la paroi utérine ; que plus le myome est volumineux, plus se développe à sa surface un réseau vasculaire.

Le myome vit surtout par sa circulation périphérique ; sa vascularisation centrale, intra-tissulaire est réduite et précaire.

Des conclusions logiques découlent de ces données :

Toute action sur l'élément vasculaire ne peut avoir qu'une influence minime sur le volume de la tumeur.

Toute hémorragie génitale chez une fibromateuse a sa source non pas dans la tumeur elle-même, mais dans l'utérus enveloppant. *Le fibrome n'est pas la cause des hémorragies utérines.* Voilà un point important confirmé par des preuves également cliniques : telles ces hémorragies pré-ménopausiques survenant aussi bien chez les femmes ayant un fibrome que chez celles qui n'en sont pas atteintes, ces hémorragies persistantes après myomectomie.

Quand on connaît le mode particulier de vascularisation de l'utérus fibromateux (Clark), où le noyau fibreux est encadré principalement par deux couches vasculaires importantes, l'une externe, parallèle aux faisceaux musculaires, l'autre interne constituée par le riche réseau capillaire de l'endomètre, on comprend que les fibromes les plus saignants soient les plus rapprochés de l'endomètre, que les intra-muraux saignent peu, que les myomes sous-séreux puissent prendre de grandes dimensions sans déceler leur présence par l'hémorragie ; on comprend aussi que la myomectomie, dont le plan de clivage travaille au niveau de ce réseau vasculaire péri-myomateux, nécessite une hémostase attentive de la loge d'évidement.

La richesse vasculaire de l'utérus myomateux permet enfin de comprendre que les accroissements de volume intermittents de la tumeur et les hémorragies qui peuvent en résulter soient dus à un état d'hyperémie, de fluxion de l'organe.

3° *Quels facteurs régissent ce dernier élément, l'hyperémie utérine ?*

A l'ovaire se trouve le primum movens, le centre de stimulation trophique des myomes utérins.

La dysfonction ovarienne, selon la théorie de Seitz, semble déclencher l'entrée en activité anormale des éléments embryonnaires restés inactifs dans l'organe adulte et conditionne le développement du myome et ses hémorragies.

Le fibrome ne doit donc plus être considéré comme une lésion locale, mais comme la traduction d'un trouble du métabolisme général, que Moench, Whiterspoon et Seguy, en se basant sur des séries de dosages, ont voulu mettre sur le compte d'un excès de corps œstrogènes circulant (notamment de la folliculine). La fibromatose utérine ne serait que la réaction de l'appareil génital hypercongestionné sous l'action d'une hyperfolliculinémie.

***

Les hémorragies dans les fibromes seraient donc comme le fibrome lui-même liées à un trouble hormonal dont Desmarest à l'Académie de Chirurgie en 1942 et Ducuing à la Société de Chirurgie de Toulouse, un an plus tard, ont essayé de montrer le mécanisme : « chez la femme régulièrement réglée, la sécrétion hypophysaire tient sous sa dépendance la sécrétion des deux hormones de la menstruation : folliculine et lutéine.

L'équilibre hypophyso-ovarien commande l'équilibre *folliculine-lutéine*. Toute dysharmonie de l'équilibre hypophyse-ovaire, entraînant une production anormale de folliculine ou de lutéine, peut amener essentiellement des modifications de la muqueuse utérine, accessoirement des modifications du muscle utérin.

Que pour une cause ou pour une autre il y ait excès de folliculine dans le sang, il se produit des poussées congestives au niveau des glandes mammaires et au niveau des organes intrapelviens, en particulier du corps utérin. Ces poussées congestives, répétées à chaque menstruation sur l'utérus, finissent par créer

des altérations anatomiques sur le muscle et la muqueuse utérine, caractéristiques de l'utérus fibromateux.

Toute la thérapeutique médicale chez les fibromateuses découle de cet exposé.

***

La thérapeutique des fibromes utérins vise un double but :

— Supprimer d'une part les hémorragies anormales menstruelles ou intermenstruelles,

— Supprimer la tumeur ou tout au moins en arrêter l'évolution.

1° *Les moyens médicaux.* — Je n'insiste pas sur l'hygiène, la médication vaso-constrictive et hémostatique classique, les cures thermales (eaux chlorurées sodiques de Salies-de-Béarn, Biarritz, Salins-Moûtiers, etc., qui maintiennent certaines fibromateuses en équilibre pendant un assez grand nombre d'années, et permettent à beaucoup d'attendre la ménopause souvent favorable à l'évolution du fibrome.

L'opothérapie a aujourd'hui plus d'intérêt. Les extraits endocriniens agissent favorablement à la fois sur les pertes et le volume de la tumeur : tels sont les extraits thyroïdiens à la dose de 5 à 20 centigrammes par jour ; les extraits mammaires (2 à 3 cachets de 0 gr. 50 chaque jour) associés ou non aux extraits de corps jaunes ; les extraits hypophysaires enfin : dix centigrammes d'extrait total d'hypophyse un quart d'heure avant chacun des deux principaux repas pendant les quinze jours qui précèdent la date probable de la venue des règles.

L'hormonothérapie : la dernière venue, est utilisée sur une grande échelle par Cl. Béclère (1) et Turpault (2). Elle est double :

a) L'une tend à freiner l'hémorragie en cours ; c'est l'*Antélobine* ; ses résultats sont presque constants à la dose de 100 unités par jour ; le plus souvent, à la dose de 200 unités, l'hémorragie décroît et dès la troisième dose, 24 heures plus tard, l'hémostase est obtenue.

L'Antélobine agirait soit en libérant une dose de lutéine suffisante pour modifier la muqueuse, soit, et cela semble plus exact, par une action ou bien directe sur les vaisseaux, ou le muscle utérin, ou bien indirecte, stimulant alors l'hypophyse. Pour Desmarets, elle pourrait avoir une action humorale modifiant la teneur du sang en fibrine et en prothrombine et favorisant ainsi une meilleure coagulation du sang.

b) L'autre tend à éviter le retour des fortes pertes de sang : nous avons le choix entre deux hormones :

— *La lutéine* : 5 à 10 mmgr. tous les deux jours après l'interrègle jusqu'à l'arrivée des prochaines règles et même de façon continue si besoin est ;

— *L'hormone mâle* : Antagoniste de la folliculine, l'hormone mâle, la testostérone, est utilisée sous la forme d'acétate ou de propionate de testostérone. L'acétate semblerait avoir plus d'efficacité. Elle est utilisée à des doses fortes : 100 milligrammes le premier mois, à la dose moyenne de 10 milligrammes tous les deux jours.

Si l'effet est insuffisant, injecter 200 à 300 milligrammes et même 500 milligrammes les mois suivants. Redescendre dès que le résultat est obtenu, mais continuer pendant plusieurs mois à la dose de 10 milligrammes par semaine. Ne pas cesser le traitement plus de 3 ou 4 mois, si arrêt nécessaire (Turpault).

Avantages et inconvénients. — Testotérone et lutéine ont bien souvent des actions comparables. Faut-il les employer de ce fait indifféremment ? Non ! Guy Laroche déconseille l'usage de l'hormone mâle chez les femmes approchant la cinquantaine, pour ne pas favoriser la tendance spontanée à l'hirsutisme.

Quatre inconvénients de la testostérone ont été signalés par Turpault, qui base ses données sur une statistique d'une centaine de fibromateuses dont certaines sont suivies depuis plus de deux ans :

1° La fatigue générale sous l'influence des injections de testostérone ;

2° Les réactions hépatiques parfois pénibles ;

3° La voix peut devenir plus grave ;

4° Développement anormal du clitoris.

Tous inconvénients qui s'effacent soit par diminution des doses, soit par arrêt momentané des injections.

Les avantages dépassent d'ailleurs largement les inconvénients :

Au point de vue clinique : les hémorragies très rapidement diminuent en abondance et en durée ; c'est l'effet le plus net. Les signes urinaires si fréquents chez les fibromateuses ont toujours cédé. La sensation de lourdeur, de congestion dans le bas-ventre et les lombes disparaît très vite. La diminution de volume de la tumeur est souvent notable.

(1) Cl. Béclère : La testostérone dans les hémorragies utérines. *Presse Médicale*, 15 février 1941.

(2) Turpault : Traitement des fibromes par l'hormone mâle. *Gyn. et Obst.*, t. 43, n° 1-2-3, 1943.

Au point de vue hormonal : une notable diminution d'au moins 50 % de la folliculine dans le sang et les urines est toujours notée.

2° *Le traitement physiothérapique* est obtenu par radiothérapie ou curiethérapie.

a) *La radiothérapie* utilisée soit à doses faibles et fractionnées (méthode de sécurité nécessitant 12 à 15 séances de traitement à raison d'une séance hebdomadaire, soit à doses massives selon la technique allemande (six séances journalières consécutives d'une heure) agirait directement sur le fibrome par cytolyse (Béclère et Regaud) ou sur l'ovaire (Forgue) dont la stérilisation entraîne secondairement la régression du fibrome.

La radiothérapie a le gros avantage de pouvoir s'attaquer à la grosse majorité des fibromes. Elle entraîne par contre toujours la castration sèche et provoque souvent des poussées de salpingite, de péritonite ou de cellulite pelvienne.

b) *La curiethérapie* soit par applications vaginales (peu employée aujourd'hui) soit mieux, par application intra-utérine après dilatation du col et mise en place d'une sonde radifère (une dose de 16 millicuries détruite est une dose moyenne de castration définitive pour un fibrome de moyen volume), agirait directement sur la tumeur en modifiant les fibres musculaires et en réalisant un processus d'endartérite oblitérante.

Le gros avantage de la curiethérapie est de donner des résultats rapides, en une séance de 2 à 3 jours. Mais elle a des inconvénients non négligeables. Elle expose à des accidents graves si une infection latente a été méconnue. Sur 90 fibromes traités par le radium, le Professeur Ducuing signale deux morts, l'une par septico-pyohémie, l'autre par embolie. Il constate en outre des perforations recto-vaginales et d'importantes atrésies vaginales.

Dans tous les cas, les radiations amènent avant tout *l'hémostase*, c'est le résultat le plus net. La régression de la tumeur est moins régulièrement obtenue.

3° *Le traitement chirurgical* peut être conservateur (myomectomie) ou radical (hystérectomie).

— *La myomectomie* consiste en l'énucléation avec ou sans conservation de la capsule, ou en l'excision-résection, si l'énucléation est difficile.

Ses avantages sont incontestables chez la femme jeune, elle évite la ménopause artificielle, elle permet la maternité : la statistique de Goullioud, rapportée au Congrès de chirurgie il y a quelques années, donne 27 % de grossesses sur utérus myomectomisés.

Benoit Gonin relevant 125 cas de conception chez d'anciennes myomectomisées, compte 20 avortements et 5 accouchements prématurés.

Les inconvénients de la myomectomie ne sont pas, hélas, moindres.

— Ce n'est pas une opération sans danger. Sa gravité n'est pas supérieure à celle de l'hystérectomie subtotale, mais des complications post-opératoires : hémorragies, infection de la poche déshabitée, peuvent s'observer dans les suites immédiates des myomectomies.

— Les récidives ne sont pas rares : d'après une statistique récente d'Ulrich, rapportée le 17 mai 1943 à la Société française de Gynécologie, le pourcentage moyen des récidives semble être autour de 10 %. Elle surviendrait en moyenne dix ans après l'opération, ce qui a l'avantage de donner à l'opérée dix ans de vie génitale normale.

— Il faut enfin surveiller tout particulièrement les grossesses chez les myomectomisées, à cause du danger des ruptures utérines et de l'atonie utérine avec placenta adhérent post-partum.

Ces inconvénients font que malgré des plaidoyers déjà anciens en sa faveur, la myomectomie n'a pas encore acquis une place de choix dans la thérapeutique des fibromes. Sur une statistique portant sur plus de 10.000 cas appartenant à 30 chirurgiens différents, Tixier et Labey dans leur rapport au XXXIII° Congrès français de chirurgie (1924) montraient que le nombre des myomectomies ne dépassait pas 4 %. Cependant certains gynécologues, comme Cotte, de Lyon, pensant aux « fâcheux effets de l'hystérectomie dans tous les domaines : biologique, familial et social, ont abandonné l'hystérectomie au profit de la myomectomie : 46 % de myomectomies dans l'ensemble et 70 % si l'on ne considère que les femmes opérées au-dessous de 40 ans. Cet auteur prouve la rareté des inconvénients signalés : sur 157 myomectomisées : une seule mort par péritonite après myomectomie chez une femme atteinte d'annexite ; ni phlébite, ni infarctus ; souvent les premiers jours, élévation thermique à 38°5-39° ; 3 récidives au bout de dix ans ; pas de cancérisation secondaire.

***

— *L'hystérectomie abdominale* pourra être totale ou subtotale, pratiquée par laparotomie sous-ombilicale selon l'un des procédés classiques.

Les avantages de l'hystérectomie subtotale sont tirés de sa rapidité d'exécution, de sa bénignité, enfin de la qualité de la guérison.

Le gros avantage de l'hystérectomie totale est de ne pas laisser le col utérin susceptible d'être plus tard le siège d'un cancer.

L'hystérectomie permet enfin le contrôle du diagnostic.

Les inconvénients de cette intervention sont multiples, dit-on :

a) Sa gravité : l'ensemble des statistiques apprécie la mortalité à environ 6 à 8 % pour l'hystérectomie totale, 3 à 5 % pour l'hystérectomie subtotale.

Cependant en 1942, sur 700 hystérectomisées pour fibromes, Mondor relève seulement 0,35 % de mort.

b) Ses complications : les phlébites et embolies post-opératoires ne sont pas exceptionnelles.

c) La castration ovarienne avec tous ses troubles, complication et non des moindres... mais aujourd'hui les possibilités de remédier à cet inconvénient ne manquent pas :

— *Soit en réalisant l'hystérectomie fundique* dans les cas de nodules fibreux strictement localisés au fond utérin, et qui laisse une quantité suffisante de muqueuse utérine et au moins un fragment d'ovaire. La synergie utéro-ovarienne est ainsi maintenue.

— *Soit par la conservation des ovaires sains in situ*, à condition de laisser à l'ovaire sa vascularisation habituelle (1) et, pour ce faire, beaucoup conservent en même temps ovaire et trompe.

— *Soit par la greffe ovarienne dans la grande lèvre*, d'efficacité nettement inférieure à la conservation des ovaires *in situ*.

***

Quelle opération choisir ? L'hystérectomie abdominale ou la myomectomie ? Au cours d'une pratique de vingt ans, Cotte s'est rendu compte que la myomectomie n'est pas plus grave que l'hystérectomie. Fidèle dans ses résultats, elle amène la guérison aussi bien que les interventions plus radicales et elle a l'avantage, sur celles-ci, non seulement de laisser la possibilité de grossesses ultérieures, mais encore de conserver à la femme toute sa féminité. Et cet auteur précise les limites à assigner à cette intervention :

L'âge : beaucoup admettent qu'après 35 ans la myomectomie doit céder le pas à l'hystérectomie. Pour Cotte, même après 40 ans, lorsqu'elle est possible, la myomectomie conserve tous ses droits (2).

Le nombre des myomes ne doit pas arrêter le chirurgien dans son intervention conservatrice.

Les complications des myomes : l'infection des annexes est une des plus importantes contre-indications, la nature même des myomes ne contre-indique pas toujours l'opération.

***

Quelle part revient dans la thérapeutique des fibromes à chacune des méthodes précédemment énoncées, dont nous avons vu les avantages et les inconvénients ?

1) Jusqu'à ces toutes dernières années le traitement médical était considéré avant tout comme un adjuvant et un traitement d'attente. On ne niait pas son importance, mais on lui refusait toute valeur curative. Aujourd'hui on n'a plus le droit de parler ainsi. Connaissant mieux le mécanisme pathogénique et physio-pathologique des myomes utérins, on peut leur opposer, nous l'avons vu, une thérapeutique endocrinienne, hormonale qui, dans certains cas, aura un rôle curateur.

Il n'est pas permis de ne pas l'appliquer chez la fibromateuse jeune, avant et même au voisinage de la ménopause.

Le champ d'action de la thérapeutique médicale dans les fibromes s'est donc considérablement élargi grâce à l'entrée en jeu de l'hormonothérapie et si, il y a peu de temps encore on ne considérait comme fibromes dits « médicaux » que les petits fibromes silencieux, bien tolérés et saignant peu, aujourd'hui doivent rentrer dans cette classe toutes les variétés de fibromes, si volumineux soient-ils, accompagnés ou non d'hémorragies graves, sans trouble de compression.

Mais, et c'est là un point important, les limites d'utilisation de l'hormonothérapie sont restreintes. Si elle échoue, il ne faut pas perdre de temps, il faut envisager l'une des deux autres méthodes thérapeutiques.

2) Et de ces deux méthodes thérapeutiques, les radiations et la chirurgie, laquelle choisir ? Le problème est parfois délicat. Pour le trancher il faut se souvenir que la chirurgie n'est pas sans risques, mais assure le diagnostic et donne une guérison certaine parfois sans ménopause artificielle. La physiothérapie, appliquée plus savamment qu'autrefois, voit ses risques diminuer, mais son innocuité repose en grande partie sur la certitude du diagnostic, bien souvent hésitant, et elle entraîne obligatoirement la castration sèche.

Les fibromes justiciables de la physiothérapie ne doivent pas s'accompagner de lésions inflammatoires annexielles. Le cas le plus favorable est le fibrome hémorragique, de moyen volume. Les physiothérapeutes revendiquent en principe tous les cas de fibromes, à condition qu'ils ne soient ni à évolution sous-séreuse, ou sous-muqueuse, ni suspects de complications.

C'est en somme cependant, dans les cas de fibromatose utérine, diffuse, hémorragique, augmentant à peine le volume de la matrice que les radiations donnent leurs meilleurs résultats.

Il faut enfin traiter par la radiothérapie les malades chez lesquelles un mauvais état général contre-indique l'intervention (les malades trop âgées, les obèses, les diabétiques, les insuffisants cardiaques, rénaux, hépatiques, etc.).

Et si on utilise les *radiations, que choisir du radium ou des R. X. ?*

Le radium n'est justifié que dans les fibromes aux hémorragies abondantes pour lesquelles il faut agir vite. Dans tous les autres cas, la majorité des auteurs lui préfèrent la radiothérapie.

La part de la chirurgie reste encore belle. Le polype sous-muqueux accouché par le col, le fibrome sous-séreux, pédiculé, les fibromes compliqués plus ou moins infectés ou en voie de sphacèle, le fibrome enclavé, les fibromes dégénérés relèvent de la chirurgie... Enfin tous les fibromes de la jeune femme, après essai hormonal sans résultat, sont justiciables de la chirurgie, seule capable d'assurer la conservation de la fonction ovarienne. Connaissant par ailleurs le danger des erreurs de diagnostic, combien peu de médecins orienteront encore aujourd'hui leur malade vers le physiothérapeute... Et aujourd'hui encore je pourrais terminer cette étude comme la terminait Forgue en 1931 : « Contrairement à la déclaration humoristique de Kelly, la radio et la curiethérapie n'ont pas fait faire « Hara Kiri » à la chirurgie ; c'est elle qui réalise toujours au plus parfait degré la qualité supérieure de la guérison ! »

---

(1) R. Joyeux : Contribution à l'étude de la chirurgie conservatrice en gynécologie. — Etude de la vascularisation artérielle de l'ovaire (*Thèse Montpellier*, 1936). — A propos de la greffe ovarienne. Les conditions anatomiques de la conservation de l'ovaire *in situ*. Irrigation de l'ovaire (*La Gynécologie*, août 1936). — A propos de la greffe ovarienne. L'avenir de l'ovaire après ligature artérielle. Expérimentation sur l'animal (*La Gynécologie*, décembre 1938).

(2) Cotte : Quelle place donner aux myomectomies dans le traitement des myomes utérins ? Académie de Chirurgie, séance du 17 juin 1943.

ANALYSES

Traitement et pronostic du mégacôlon (maladie de Hirschsprung). — K.-S. Grimson, H.-N. Vandegrift et H.-M. Diatz. *The American Journal of Diseases of Children*, août 1944.

Depuis 1930, 21 fois sur 24 cas observés, on a pratiqué un traitement médical : (régime, laxatifs, sympathomimétiques), parfois complété par une sympathectomie. 3 cas ont été laparotomisés d'urgence, fécalome, volvulus ; il a été pratiqué une sigmoïdectomie partielle.

6 fois il y a eu rémission spontanée sans opération, suivie de guérison spontanée vers 12 ans ; 1 sympathectomie a été suivie de succès durable ; 7 cas ont continué une évolution de gravité moyenne ; 5 morts à des âges divers; 3 fois des accidents graves ont forcé à intervenir.

La sympathectomie paraît influer peu sur l'évolution.

Les auteurs distinguent trois ordres de faits :

1° Dilatation de tout le côlon et le rectum, justiciable du traitement médical jusqu'à apparition des accidents graves parfois très tardifs. La sympathectomie y est plus nuisible qu'utile ; les résections intestinales doivent être très étendues pour parer aux récidives ;

2° Dilatation partielle avec segment terminal normal : traitement médical, puis, plus tard, résection du mégacôlon. Sympathectomie inefficace ;

3° Grosse dilatation avec ou sans volvulus de l'intestin avoisinant.

Le traitement uniquement médical semble compatir avec une longue survie.

Le diagnostic entre ces types se fera par des radios répétées pratiquées de façon à éviter les causes d'erreur.

Il y a peu de différence dans le pronostic général.

R. L.

La valeur du murmure diastolique pulmonaire dans le rétrécissement mitral. — A.-A. Luisada et Louis Wolff. — *The American Journal of Medical Sciences*, février 1945.

Rapportant trois observations de R. M. (dont deux avec association de communication interauriculaire), s'accompagnant de signes d'insuffisance pulmonaire organique, l'auteur insiste sur

le diagnostic avec les signes sthéthoscopiques assez analogues relevant d'une insuffisance aortique.

Lorsque l'insuffisance pulmonaire est organique et durable et non pas seulement fonctionnelle et transitoire, on observe une cyanose plus marquée, une tension maxima peu élevée, une tension minima normale ou un peu basse ; les bruits systoliques et les signes systoliques au palper siègent dans le IIe espace gauche, la propagation se fait vers la clavicule. A la radio, il y a dilatation notable de l'A. pulmonaire qui est battante, tandis que l'aorte n'est ni battante, ni dilatée. On observe de la danse du hile.

L'insuffisance pulmonaire au cours du R. M. n'est pas toujours transitoire ni purement fonctionnelle.

R. L.

Les éléments de la prophylaxie contre la contagion des affections respiratoires aiguës, en particulier les affections streptococciques et la maladie rhumatismale. — L.-M. Wheeler et T.-D. Jones. *The American Journal of the Medical Sciences*, janvier 1945.

Etude épidémiologique faite à Newport (U. S. Naval Training Station) et où l'auteur note comme éléments prépondérants : le brassage des effectifs ; les facteurs locaux (encombrement, ventilation, poussières) ; susceptibilité des sujets (variant avec le dépaysement, l'âge, l'origine rurale ou urbaine) ; l'hygiène générale du lieu considéré.

L'observation a porté sur les coryzas, les affections respiratoires aiguës, la scarlatine et sur le rôle joué par la contagion aérienne. Acceptant l'hypothèse de la nature streptococcique de la maladie rhumatismale, les auteurs concluent à une influence indirecte sur cette dernière des facteurs énumérés ci-dessus, s'exerçant par l'intermédiaire des affections streptococciques.

R. L.

Les travaux récents sur les contaminations bactériennes par les poussières et leur suppression par l'inhibition huileuse du sol et des effets de couchage. — C.-G. Loosli et O.-H. Robertson. *The American Journal of Medical Sciences*, février 1945.

Certains germes contaminant tout ce qui entoure certains malades peuvent demeurer vivants et virulents dans les poussières et la literie pendant un temps prolongé (Lœffler, Koch, pneumocoque, staphylocoque). La literie peut être infectée par des porteurs sains de streptocoques.

L'école américaine attache à ces faits une importance pratique particulière d'autant plus que les ultra-violets et les désinfectants courants n'ont qu'un pouvoir très relatif sur les microbes des poussières sèches.

La suppression des poussières par huilage du sol a donc une valeur particulière. On y emploie des huiles de pétrole brutes mais purifiées et désodorisées. La quantité varie selon les circonstances mais n'est jamais très élevée surtout pour un sol ni trop lisse, ni ciré, mais préalablement bien nettoyé. L'inhibition dure plusieurs mois surtout si on l'entretient régulièrement, entretien qui se fait aisément et renforce le pouvoir de l'enduit moyennant une petite quantité de produit. On lave le sol à l'eau tiède pas trop fréquemment.

Pour les draps et les couvertures, c'est une émulsion aqueuse d'huile de paraffine dissoute dans un solvant approprié qui se fait après blanchissage et remplace le dernier rinçage des tissus neufs. Leur poids est augmenté de 5 % mais l'aspect ni la combustibilité des tissus ne sont modifiés. L'action de l'huilage est durable.

La préparation a été faite sur une échelle industrielle et a donné dans la pratique toute satisfaction aux hygiénistes et aux cliniciens. Elle peut, en pratique, se combiner avec la pratique, avantageuse aussi, de la désinfection de l'air.

R. L.

La maladie des Cannes de Provence. — N. Duc. — *Marseille Médical*, 15 février 1945.

La manipulation de certains roseaux communs dans le Midi (Arundo donax, Canne de Provence), peut être suivie d'une éruption erythématovésiculeuse avec congestion des muqueuses, respitoires surtout, et signes généraux. Il s'agit d'une variété de roseaux très commune et d'emploi fréquent aussi bien pour l'édification de clôtures ou de toitures rustiques, de claies, de vanneries, d'anches d'instruments à vent, que, dans ces derniers temps pour la fabrication de pâte à papier ou de textiles artificiels. Bien que dans l'industrie papetière en particulier on ait vu de véritables épidémies, ces accidents ne sont pas légalement admis comme professionnels. Dans des formes moins bruyantes, les ouvriers, en fin de journée, présentent des crises d'éternuement avec flux nasal, larmoiement, toux opiniâtre, céphalée, douleurs thoraciques, œdème de la face pouvant durer plusieurs jours, conjonctivite. On peut observer de la dyspnée, de l'aphonie, des hémoptysies avec ascension de température à 38°, courbature et asthénie.

Sur les téguments les lésions qui ne s'observent guère que sur les régions venues au contact du roseau sont, en plus de l'œdème, des vésicules confluentes laissant suinter un liquide jaunâtre. Le traitement de ces dermites est purement lénitif.

Les accidents sont dus aux spores d'un champignon qui se développent sur la tige des roseaux mis en meule, et où l'humidité persiste, surtout lorsqu'ils ont été coupés en sève. Il s'agit d'une variété de sporotrichum agissant comme réactogène. La prévention des accidents se réalise par lutte contre le champignon et protection des mains et des téguments.

R. L.

Indications urologiques dans le traitement des anuries par sulfamides. — Cibert, Cavailhier, Perrin, Daviet. *Journal de Médecine de Lyon*, 5 avril 1945.

Conformément aux conceptions classiques il est des cas où l'anurie est due à une atteinte de l'épithelium rénal ou à une perturbation vaso-motrice. Mais d'autres cas relèvent d'un mécanisme différent : l'oblitération des voies sécrétoires par une précipitation cristalline. Le siège en varie selon le sulfamide en cause. Le traitement médical doit dans ces cas faire place au cathétérisme uretéral qui montrera la présence ou l'absence d'urine dans le bassinet. La sulfapyridine, en effet, donne des oblitérations de l'uretère ou du bassinet que peut guérir un cathétérisme précoce. D'autres sulfamidés donnent, au contraire, des précipitations dans les canalicules du parenchyme et sont justiciables d'une néphrotomie ou d'une décapsulation.

R. L.

Les erreurs de diagnostic de la maladie kystique du foie. — M. Lœper et R. Bouygues. *Progrès Médical*, 10 janvier 1945.

Les erreurs sont d'autant plus aisées qu'il s'agit d'une affection peu fréquente et longtemps latente. Elle apparaît, avec une certaine prédilection pour le sexe féminin, entre 45 et 65 ans, âge qui n'aiguille guère *a priori* vers une affection dystrophique et dysembryoplastique, ce qui semble être la vraie nature de la maladie kystique.

La comparaison des observations anciennes et d'un certain nombre d'autres plus récentes qui sont à la base de la présente étude montre combien la clinique est sujette à erreurs.

La maladie kystique peut en imposer pour un cancer étendu, pour un kyste hydatique uni ou multi-loculaire, pour une vésicule biliaire distendue, pour une péritonite tuberculeuse, pour une ascite.

Le diagnostic peut être aidé par un ensemble de signes négatifs : pas d'ascite, pas d'ictère, sauf exceptions très rares, pas de grosse rate, pas de ganglions. Peu de signes digestifs et parmi eux pas de douleurs ; pas de signes d'insuffisance hépatique, pas d'éosinophilie.

Un élément diagnostique important est la coexistence d'ailleurs assez fréquente, de troubles rénaux, imputable à l'association avec un rein polykystique.

Les kystes hépatiques ne donnent lieu pendant longtemps à aucun signe général et sont longtemps bien tolérés.

Fournissant selon les cas les résultats les plus divers la ponction exploratrice est souvent plus trompeuse que vraiment utile.

R. L.

Les formes chirurgicales de l'ascaridiose. — P. Groult. (*Echo Médical du Nord*, décembre 1944.)

Elles sont nombreuses. Ce sont en premier lieu les syndromes occlusifs (occlusion aiguë, colique vermineuse, invagination) l'appendicite vermineuse qui peut se compliquer de péritonite ; les formes digestives atypiques enfin : formes avec hémorragie gastrique, forme de sténose pylorique, forme d'ulcus gastro-duodénal. Dans ces formes les images radiologiques « par excès ou par défaut » sont un élément diagnostique important. L'ascaridiose hépatobiliaire donne des ictères par rétention, des cholécystites que rien ne sépare au point de vue chirurgical des cholécystites d'autre origine.

Exceptionnellement, enfin, on rencontre des ascaridioses urinaires, pulmonaires, des occlusions trachéales, des ascaridioses du nez, de la trompe d'Eustache.

Dans tous les cas un traitement anthelminthique, à la fois curatif et préventif, doit s'associer au traitement chirurgical.

R. L.

Un traitement nouveau de la crise migraineuse. — Loublié. (*Concours Médical*, 10 avril 1945.)

En dehors des traitements étiologiques, encore mal définis, ou pathogéniques, de la migraine, des analgésiques banaux, de l'ergotamine ou de l'acécholine dont on sait l'infidélité, l'auteur propose l'extrait post-hypophysaire par voie intra-dermique, qui lui a rendu de notables services contre des crises de migraine banale. La méthode paraît surtout indiquée lorsqu'il existe un déficit de la fonction hépatique.

Une injection dans la région deltoïdienne d'une goutte d'extrait amène la sédation en 10 à 20 minutes. On renouvellera

l'injection trois fois dans les 24 heures et continuera le traitement plusieurs jours de suite même sans retour offensif de migraine.

Des injections continuées pendant un temps prolongé finiraient même par modifier le terrain. R. L.

Les lésions cutanées au cours de la fabrication et de la manipulation du caoutchouc synthétique. — A. Schwartz. *Journal of the American Medical Association*, 17 février 1945.

En dépit du très grand nombre de corps irritants qu'on y emploie, cette industrie donne lieu à peu de dermatoses en raison de l'équipement moderne des usines et de la stricte observance des règlements touchant la protection Bunas, Butylrubber, Néoprène). L'emploi de gants et de vêtements imperméables à des solvants par eux-mêmes caustiques ou sensibilisants est indispensable. R. L.

Les facteurs alimentaires dans les caries dentaires. — J. D. King (*The British Médical Bulletin*, 1944, nos 10-11).

Les explications purement infectieuses et bactériologiques de la production de la carie sont insuffisantes ; de même la fermentation des hydrates de carbone, même en y associant l'action de certains microbes protéolytiques. L'influence de l'alimentation et du manque de vitamine D semble réelle, même sur une dentition d'adulte, mais la diététique ne pourra sans doute que réduire les caries et non les supprimer.

D'autres facteurs importent sans doute, en particulier le fluor.

Les affections paradentaires ont une influence indéniable que prouvent les résultats de l'hygiène buccale et des soins chirurgicaux de la dentition et des tissus paradentaires.

Egalement la déficience en vitamines : le défaut de A trouble le développement et la conservation des dents et agit sur l'état des gencives ; peut-être aussi l'acide nicotinique a-t-il son importance.

Malgré l'existence de lésions buccales dans le scorbut, on est mal instruit du rôle de la vitamine C quant aux caries. L'action de la vitamine D, du Ca et du P semble certaine, bien que les lésions débutent sur les parties molles et non toujours sur la dent.

Il faut enfin tenir compte de facteurs non alimentaires : grossesse, fonctionnement endocrine, autres lésions ou infections de voisinage. R. L.

Le fluor et les caries dentaires : nouvelle enquête sur les bords de la Tyne et dans le Sunderland. — R. Weaner *British Dental Journal*, 6 octobre 1944).

L'enquête dans ces deux régions a confirmé l'auteur dans les conclusions d'enquêtes faites en d'autres régions de l'Angleterre. Selon les variations du fluor dans l'eau de consommation habituelle, le nombre des caries dentaires augmente ou diminue.

Le fluor retarderait donc les caries dentaires qu'il est d'ailleurs impuissant à empêcher entièrement. Il semblerait que le facteur anti-carie exerce son influence sur la dentition dans la période prééruptive, ce qui expliquerait l'échec de la thérapeutique fluorée dans les caries dentaires confirmées. R. L.

La tension artérielle et la vieillesse. — T. H. Howell (*Bri-* (*British Dental Journal*, 6 octobre 1944).

Etudes et statistiques portent sur 120 sujets entre 65 et 92 ans au Royal Hospital, Chelsea, et concernent les rapports de la tension artérielle avec l'artériosclérose, l'état physique et l'état intellectuel. Dans 33 à 50 % des cas, la tension maxima est supérieure à 16. Les sujets qui sont dans le meilleur état sont ceux dont la tension est haute et compense sans doute les effets de la sclérose artérielle. La sclérose artérielle associée à une tension basse correspond au contraire à un mauvais état physique. Un sujet à tension très basse n'a pas la vigueur intellectuelle d'un adulte.

Quand l'artériosclérose s'aggrave, une élévation de la tension semble nécessaire pour prévenir l'ischémie organique. L'hypertension a donc un rôle compensateur ; en son absence l'ischémie produit une hypofonction physique ou mentale. R. L.

Le spasme artériel. — J. M. Barnes et J. Trueta (*The British Journal of Surgery*, juillet 1942).

Pour élucider expérimentalement la pathogénie de l'extension ou de la persistance de certains troubles à distance après guérison des lésions principales et vérifier l'existence du spasme artériel persistant en l'absence de toute lésion artérielle sérieuse, les auteurs ont appliqué sur la jambe de l'animal un tourniquet compresseur pendant 4 heures et demie. Ils ont fait pendant les 72 heures suivantes des artériographies répétées et ont constaté la persistance du spasme artériel qui s'étendait à l'artère souche et même au côté opposé. Ce spasme résistait à l'infiltration anesthésique du sympathique, mais cédait à la sympathectomie. Les lésions constatées au 14e et au 21e jours après l'expérience sont celles de la contracture ischémique de Volkmann.

R. L.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 24 avril 1945

Le retour de M. Charles Richet. — Au nom de l'Académie, M. le Président souhaite la bienvenue à M. Charles Richet, rapatrié du camp de concentration de Buchenwald.

Prenant à son tour la parole M. Richet remercie l'Académie et lui exprime son émotion. Il rend hommage à ceux qui furent les artisans de la Libération : les morts du camp de concentration et ceux de la bataille, parmi lesquels la famille médicale compte tant des siens ; les vivants aussi qui sont encore au péril de la captivité.

Sans vouloir insister sur les souvenirs de Buchenwald, M. Richet proclame l'importance de l'action des médecins au milieu des horreurs du bagne et de la jungle. Leur profession a lié des confrères d'origines et de cultures diverses ; grâce à leur union ils ont sauvé des vies par milliers et réussi à consoler des douleurs sans nombre. Entre tous, les médecins français, nombreux et actifs, ont su prendre une influence qui sera une gloire de la médecine française comme l'était en même temps l'action résistante des médecins non incarcérés.

Favorisée par la captivité, la méditation a montré à M. Richet l'importance de la profession médicale : « Dans la période présente, à la tête des partis de liberté, elle doit lutter pour l'ordre contre la confusion et les tyrannies qui en naissent.

Dirigeant l'action démographique, luttant en faveur de la natalité et de naturalisations larges mais intelligentes, elle doit sans défaillance continuer l'action de la Résistance et de la Victoire qui ont de nouveau fait de la France une grande nation.

« Après la victoire, assujettis plus ferme ton casque », disent les Japonais.

C'est en mettant en pratique cette devise que nous réussirons à rendre notre victoire définitive.

Tous les membres de l'Académie debout ont acclamé M. Richet.

Eloge d'Hippocrate. — (pour le 2.400e anniversaire de sa naissance). — M. Lhermitte.

Action stérilisante de la pénicilline dans la syphilis expérimentale cliniquement occulte de la souris. — MM. Levaditi et Vaisman. — 250.000 à 750.000 U. O. par kilog. d'animal, injectés sous la peau par 5.000 à 15.000 U. O. à la fois, font disparaître le tréponème dès les premières 24 heures. 250.000 U. O. par kilog. stérilisent complètement et définitivement une souris syphilisée.

Effets curatifs de la pénicilline dans la maladie de Nicolas-Favre de la souris. — MM. Levaditi et Vaisman. — La pénicilline possède une action préventive dans 60 % des cas. La même dose de 1.000.000 U. O. par kilog. possède des propriétés curatives dans le même nombre de cas.

Action de l'extrait de pancréas sur le virus de la rage. — M. Bailly.

L'épilepsie sans cortex. — MM. Riser, Gayral et Pigassou. — (Présentation par M. Lhermitte).

Les applications du séro-diagnostic de la syphilis ; choix nécessaire des méthodes. — M. Debains. — (Présentation par M. Levaditi).

Election. — M. Roussel est élu membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire en remplacement de M. Barrier.

Séance du 1er mai 1945

Rapport. — M. Abadie (d'Oran), résume un remarquable rapport rédigé après un voyage d'enquête aux Etats-Unis et au Canada sur l'organisation, les principes et les résultats obtenus en matière d'hygiène publique et d'organisation sanitaire.

Sur une série de préparations histologiques trouvées dans le laboratoire d'un professeur allemand. Expériences faites sur l'homme au camp de Struthof. — MM. Champy et Risler. — Il s'agit de 55 préparations histologiques bien réussies et d'exécution incontestablement récente, saisies par la police française dans le laboratoire d'un médecin allemand, le professeur Hirth, qui opérait à Strasbourg sur du matériel humain provenant du célèbre camp de Struthof.

Il s'agit de préparations de glandes génitales humaines provenant de 7 ou 8 sujets dont certains sont des adolescents de 13 à 15 ans.

Les lésions sont de divers types et sont saisies à divers stades évolutifs. Il s'agit, sans aucun doute possible, d'une série d'expérimentations datant de plusieurs semaines avant la mort et non moins vraisemblablement terminées intentionnellement au moment jugé opportun par sacrifice du sujet d'expérience. Aucune application de rayons ni aucune évolution provoquée

d'un processus général physiologique ou pathologique ne sont en cause ; il s'agit d'une technique d'application locale.

L'étude histologique des préparations, les cadavres où les prélèvements ont été faits, cadavres provenant de Struthof et trouvés au laboratoire de Strasbourg avec la trace des prélèvements, ne laissent aucun doute sur le fait que des détenus ont servi à cette expérimentation sur l'homme.

Les documents à l'appui, photographiques et histologiques, ont été présentés à l'Académie.

Cette barbarie, froidement organisée, méthodiquement continuée, dépasse ce qu'on connaît jusqu'ici des atrocités commises par la police et la soldatesque. Les hommes « cultivés » qui en sont capables n'ayant manqué ni de temps ni de capacité de réfléchir.

Discussion : MM. Rochon-Duvigneaud, Chevassu, Rist, Lemaitre demandent ou apportent diverses précisions d'ordre médico-légal ou histologique et envisagent la ligne de conduite future vis-à-vis d'une barbarie impénitente. M. Richet apporte quelques informations complémentaires touchant certains camps de femmes déportées.

La graphographie. Enregistrement graphométrique de l'écriture et ses applications. — M. Malespine (présentation par M. Tanon). — Ce procédé permet d'enregistrer le poids, la pression, la vitesse, la puissance, la force vive, la périodicité et le rythme de l'écriture, éléments personnels à chaque sujet.

Discussion. M. Lhermitte.

Vaccination antidiphtérique-antitétanique. Pourcentage des vaccinations correctes à Paris. — MM. Reverdy et Besson. — (Présentation par M. Tanon.)

Les facteurs qui influent sur l'éosinophilie sanguine dans les helminthiases. — M. Lavier. — Sur le taux et l'évolution de la formule agissent le moment de l'examen, l'espèce helminthique, mais non son stade évolutif, l'infestation et aussi le terrain infecté et le traitement.

La valeur du territoire lymphatique comme base de la saisie des viandes tuberculeuses. — M. Bressou.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 25 avril 1945

Sur l'organisation de la chirurgie de guerre des membres en Angleterre. — M. Merle d'Aubigné rapporte les constatations qu'il a pu faire lors d'une mission en Angleterre ; cette organisation repose avant tout sur un souci remarquable de la rééducation post-opératoire. Les méthodes de réduction utilisées sont variables : traction par broche, plâtre ou ostéosynthèse. Mais ce qui mérite d'être souligné, c'est la qualité des résultats obtenus et le faible pourcentage des échecs (ostéomyélite, etc...). Dans les plaies des nerfs, la préférence doit être donnée à la suture bout à bout faite le plus précocement possible.

Dans les centres d'amputés, la rééducation des blessés joue un rôle capital ; elle contribue à leur apprendre à se servir de leurs appareils dès que ceux-ci sont mis en place.

A propos du traitement des fistules pancréatiques. — M. Brocq précise quelques détails sur la tactique opératoire à utiliser et en particulier sur la fistulo-gastrostomie.

Tumeur choriale de la paroi vaginale consécutive à l'expulsion d'un môle. Particularité de son évolution. — MM. Charrier et Rivière. Lecteur : M. Moulonguet.

Diagnostic d'une tumeur osseuse. — M. Moulonguet présente une observation dans laquelle plusieurs années d'évolution furent nécessaires pour étayer le diagnostic de sarcome.

Note sur l'état physique du tissu osseux dans la pseudarthrose congénitale du tibia. — M. Lombard. — M. Sorrel lit ce travail dans lequel l'auteur tend à admettre qu'il y a à l'origine de cette lésion un trouble de vascularisation.

Un signe radiologique des périnéphrites aiguës. — MM. Breton, M. Fay.

Séance du 2 mai 1945

Rapport sur une mission aux États-Unis. — M. Abadie a été frappé par le développement extraordinaire de la médecine préventive et de l'hygiène sociale. Toutes les initiatives sont d'ordre privé et l'État n'intervient que pour coordonner et diriger ces initiatives.

Le traitement des plaies de guerre des membres par le plâtre fermé. — MM. Lagrot, Naggiar et Marc Leroy. — M. Leveuf rappelle que le principe de cette méthode est dû à l'École lyonnaise ; le plâtre est laissé le temps nécessaire à la consolidation de la fracture et à la cicatrisation des plaies.

Hernie obturatrice irréductible douloureuse et coxarthrie. — M. Garaven. — M. Basset rapporte ce travail qui soulève un intéressant problème diagnostique.

Sur le traitement de la lithiase de la voie biliaire principale. — MM. Sénèque et Roux rapportent 30 observations suivies par eux et estiment qu'on se trouve en présence de malades très fragiles qu'il faut opérer avec une bonne préparation médicale ; chaque fois qu'on le pourra, on commencera par un drainage indirect par la vésicule. Les auteurs préfèrent, en principe, le drainage externe à la cholédoco-duodénostomie.

Deux cas de résection du côlon pelvien avec rétablissement de la continuité intestinale par suture sur drain. — M. Mazaingarbe.

Cancer bas du côlon sigmoïde. Résection en un temps avec anastomose termino-terminale par suture sur drain. M. Barraya. — M. d'Allaine rapporte ces trois observations et souligne qu'il considère comme plus prudent de protéger cette suture par une dérivation au-dessus.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 mars 1945

Double pneumothorax spontané récidivant. Rôle possible de la silicose. — M. P. Ameuille et Mlle O. Schweisguth présentent un malade atteint de pneumothorax spontané double qui en est à son cinquième pneumothorax spontané constaté radiologiquement en dix ans.

Il ne s'agit pas chez lui de pneumothorax tuberculeux, mais probablement de rupture de vésicules emphysémateuses sous-pleurales.

Sa pleuroscopie pratiquée par V. Hinault en montre en effet de très nettes de chaque côté, dans la plèvre.

On peut se demander si la silicose ne joue pas un rôle dans la production de ces pneumothorax comme elle l'a fait dans d'autres cas signalés en particulier par de Léobardy. Pendant vingt ans, de 1916 à 1935, le malade a travaillé dans la métallurgie, dans des ateliers de polissage empoussiérés, manipulant longtemps et souvent la meule émeri, etc.

Remarques sur les ostéopathies de carence. Leur progression à Paris depuis 1940. — MM. Coste et Berger. — Malgré une légère régression actuelle les auteurs estiment qu'on devrait distribuer aux adultes et aux enfants une dose quotidienne de phosphate tricalcique et un nombre important d'unités de vitamine D.

Hernies discales. Exploration non lipiodolée. — MM. Coste, Sicard, Gaucher et Durupt. — On sait que le radiodiagnostic de la hernie discale nécessite l'injection d'une quantité importante de lipiodol dans le cul-de-sac arachnoïdien et que l'opération n'en évacue presque toujours qu'une partie, ce qui détermine une irritation certaine des racines enflammées. Les auteurs déclarent qu'il conviendrait de s'en passer. Ils rapportent en l'espèce, 30 observations de sciatiques opérées suivant ces directives qui donnèrent de bons résultats. Les inconvénients du lipiodol ont alors disparu et les suites opératoires furent heureuses.

Tentatives chirurgicales dans le traitement des néphrites chroniques et de l'hypertension. — MM. Gibert et Rolland (de Lyon). — Travail reposant sur 30 cas de néphrite à des stades différents vérifiés par biopsie et suivis pendant plusieurs années (5 ans). L'unitéralité des lésions au cas de néphrite chronique est une indication chirurgicale : une observation pose le problème des néphrites unilatérales. Dans un cas, l'atteinte exclusive du rein droit fut suivie d'une guérison prolongée (plusieurs années). Les auteurs cherchent si l'unitéralité des lésions constitue une indication chirurgicale précise. L'urographie intraveineuse est-elle une méthode d'exploration fonctionnelle fidèle ?

SOCIETE FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE

Séance du 18 mars 1945

Cas de dissociation auriculo-ventriculaire complète à la suite d'éclat d'obus intra-cardiaque. — MM. Leblanc et Israël.

Périodes de Luciani-Wenckebach à partir d'un paracentre auriculaire. — M. J.-M. Boivin (Tours).

Considérations physiopathologiques et thérapeutiques sur la péricardite constrictive. — MM. P. Soulié et J.-R. Sicot rapportent trois nouveaux cas de péricardite constrictive dont deux opérés. Leurs conclusions sont les suivantes : 1° Le galop post-systolique des péricardites symphysaires calcifiées ou non varie dans sa chronologie : il peut être isodiastolique ou protodiastolique. Son intensité est parfois telle qu'on le prendrait pour un claquement de fermeture de la mitrale et seule la phonocardiographie rétablit l'ordre exact des trois bruits perçus ; la pression veineuse est toujours fortement augmentée et la mensuration de la pression intraventriculaire droite (technique de J. Lenègre

et Maurice), la montre trois fois plus accentuée que normalement ; la radiographie apporte un argument capital pour ou contre l'intervention : il ne peut y avoir péricardite constrictive (calcifiée ou non) que si le cœur est de volume petit ou normal. Toute péricardite calcifiante avec gros cœur est une symphyse calcifiée et non une péricardite constrictive. Seule cette dernière relève de l'intervention.

2° Un des cas opérés concerne un cœur de petit volume avec nombreuses extra-systoles auriculaires, opération simple mais troubles du rythme impressionnants lorsque le chirurgien touche la région auriculaire, zone de clivage facile à la partie antérieure des ventricules, plèvre gauche libre. Résultat fonctionnel parfait, mais le malade n'avait pas de syndrome de Pick. Dans l'autre cas, syndrome de Pick installé depuis 1938, intervention refusée par le malade jusqu'en mai 1944. Activité fonctionnelle peu diminuée jusqu'en janvier 1944. Ponctions très espacées. Opération pratiquée avec état général très grave. Mort quelques heures après simple résection costale à l'anesthésie locale.

Conclusion : l'intervention (si elle avait été acceptée en 1940 ou même en 1938) eut été mortelle et inefficace, car : a) *il n'y avait pas constriction* et pas de zone de clivage comme dans les cas favorables rapportés par Lenègre où le cœur est véritablement énucléé lorsque la coque calcaire antérieure est ouverte. Encore faut-il être prudent pour sectionner cette coque dont la simple incision (observation de Lenègre) peut déterminer l'arrêt prolongé du cœur, d'où thromboses vasculaires lointaines dans divers viscères et mort quelques heures après, malgré la reprise du rythme cardiaque ; b) il est impossible de prévoir s'il y aura zone de clivage ou non ; or, l'exploration chirurgicale du péricarde antérieur n'est pas inoffensive ; seules les formes constrictives, avec adiastolie, avec syndrome de Pick nettement évolutifs, où la bacillose ancienne est nettement éteinte et encore celles qui ne relèvent pas de la tuberculose, sont justiciables du traitement chirurgical, qu'il y ait calcification ou non. La péricardite constrictive est donc une maladie bien isolée, autonome. Tous les autres cas appartiennent au groupe beaucoup plus vaste de la symphyse péricardique.

Angine de poitrine et acrocyanose compliquée de syndrome de Raynaud, dues à un projectile dans le médiastin. — MM. Doumer, Decoulx et Merlen (Lille), apportent l'observation d'un blessé de poitrine de 42 ans, portant un éclat métallique dans le médiastin au contact du tronc de l'artère pulmonaire, qui souffre, depuis sa blessure, d'un syndrome angineux d'abord provoqué par le décubitus, puis devenu de l'angor d'effort typique, et présente aussi, depuis lors, de l'acrocyanose bilatérale compliquée de crises de syncope locale et d'acro-asphyxie de type Raynaud. Plusieurs infiltrations stellaires, puis une stellectomie gauche ont considérablement amélioré le syndrome angineux, atténué l'acrocyanose et fait disparaître les crises vaso-motrices.

Les techniques vectographiques. — M. G. Minot. — Après avoir rappelé les fondements physiques et géométriques sur lesquels se pose la vectographie, l'auteur passe successivement en revue les différentes techniques utilisées jusqu'à ce jour :

1° Méthode graphique longue, fastidieuse et imprécise ;

2° Emploi d'un oscillographe cathodique qui déforme la courbe et permet difficilement la graphie.

3° Utilisation d'un oscillographe à un miroir sollicité par plusieurs dispositifs oscillographiques électrodynamiquees (méthode de Mann [U. S. A.]).

Cette dernière technique qui semble être l'une des meilleures n'est pas exempte de critique en raison de la suspension très fragile du miroir.

Il apparaît, selon de nombreuses recherches poursuivies depuis plusieurs années, que la solution réside dans l'emploi de deux oscillographes à miroir reliés aux amplificateurs correspondant à deux dérivations périphériques (par exemple II et III) d'un électrocardiographe à trois dérivations simultanées.

Le vectogramme qui est une traduction géométrique *rigoureuse* des tracés recueillis dans les dérivations périphériques classiques n'apporte *aucun* élément biologique nouveau.

Il est toutefois une image assez approchée du développement du potentiel électrique dans le muscle cardiaque, et facilite ainsi la compréhension de l'électrocardiogramme spécialement lorsqu'il s'agit de particularités directionnelles.

Un cas de dilatation congénitale de l'artère pulmonaire avec petite aorte et communication interauriculaire. — M. P. Chassagne.

A propos de l'action anticoagulante de la méthylène bis hydroxycoumarine. — M. Y. Bouvrain. — Le but de cette étude a été de chercher à savoir si on peut contrôler efficacement l'action de la méthylène bis hydroxycoumarine (MBHC) par la mesure du temps de coagulation. Les doses employées ont été de 400 milligr. un jour sur deux, pendant 8 à 10 jours. Dans une première série de six observations, il ne se produisit aucun incident ; le produit fut parfaitement toléré. Le temps de coagulation fut doublé ou triplé dans 4 cas, peu modifié dans 2 cas. Dans une deuxième série de cinq observations, on utilisa un produit préparé par un procédé de synthèse différent. Sans qu'il ait été possible de mettre en évidence une différence dans la composition de la drogue, il se produisit des accidents hémorragiques sérieux, que l'étude du temps de coagulation ne permit pas de prévoir. Dans deux cas, de grosses hématuries se produisirent, rendant la transfusion nécessaire : chez l'une de ces malades, on observe, en outre, des ecchymoses multiples avec signe du lacet positif. Un malade eut, plusieurs jours après l'arrêt du traitement, un énorme épistaxis, avec forte hémoptysie ; on dut également recourir à la transfusion. Enfin, une hémorragie intrapéritonéale entraîna la mort d'une malade atteinte d'infarctus mésentérique méconnu.

M. Facquet fait remarquer que les hémorragies, danger principal de la thérapeutique anticoagulante par la dicoumarine, seront vraisemblablement plus rares quand la posologie sera mieux réglée. La répétition des doses prédispose aux hémorragies. D'après les recherches faites avec R. Sassier, le meilleur mode d'administration paraît consister à donner une dose initiale assez forte de 0 gr. 80 qui provoque une chute importante de la prothrombinémie et de la coagulabilité sanguine, se poursuivant pendant 7 jours et souvent davantage. Ultérieurement, quand la prothrombinémie s'élèvera au-dessus de 30 %, une nouvelle dose, plus faible, sera administrée.

Etude radiokymographique de la cinétique du bord droit du cœur (oreillette droite) chez le sujet normal. — M. R. Heim de Balsac.

Sténose mitrale et persistance du trou de Botal. — MM. Roques, de Brux et Bollinelli.

Le terrain d'élection de la dérivation précordiale D IV F. — MM. Lian, Facquet et Chadoutaud.

Le circuit électrocardiographique D IV. — MM. Lian, Facquet, J.-J. Welti et Chadoutaud.

Traitement du rétrécissement mitral œdémateux. — M. P. Mériel (de Toulouse).

INTERETS PROFESSIONNELS

Les bénéfices professionnels imposables

Le J. O. du 28 avril 1945 publie une ordonnance du 27 avril 1945 relative à la détermination du bénéfice imposable des médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes. En voici le texte :

Article premier. — Pendant la période d'application de l'ordonnance du 11 décembre 1944, l'évaluation par le contrôleur du montant du bénéfice forfaitaire d'après lequel les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes sont soumis à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales est faite, après avis, suivant le cas, d'un médecin, d'un chirurgien-dentiste ou d'une sage-femme désignés respectivement par le Conseil départemental des médecins, par le Conseil des praticiens de l'art dentaire ou par le Conseil des sages-femmes institués par les articles 2 et 3 de ladite ordonnance.

Art. 2. — Pour la même période et en ce qui concerne les professions visées à l'article précédent, le préconciliateur, dont l'avis doit être recueilli à la demande du contribuable en cas de désaccord sur l'évaluation du bénéfice réel, ainsi que les quatre membres titulaires et les quatre suppléants représentant les contribuables au sein de la commission départementale des impôts directs, sont désignés par le Conseil régional des médecins prévu par l'aticle 4 de l'ordonnance du 11 décembre 1944.

Confédération des syndicats médicaux français

La Confédération des syndicats médicaux français, 60, boulevard La Tour-Maubourg, Paris (7e), est officiellement reconstituée.

Le bureau a tenu sa première réunion le 15 avril.

Etaient présents : le président : M. le Dr Choyau, maire de la Roche-sur-Yon, et président du Comité départemental de la Libération ; les vice-présidents : MM. les Drs Hervy, de Limoges, A. Giry, maire de Briey (Meurthe-et-Moselle) ; le trésorier : M. le Dr Caillaud, d'Orléans; assistés des secrétaires généraux, Dr P. Cibrie et Dr C. Hilaire.

Les questions les plus actuelles ont été examinées et feront l'objet d'une mise au point par le Conseil d'administration qui se réunira le 6 mai.

Lorsque tous les syndicats seront reconstitués, ils seront invités à procéder immédiatement aux nouvelles élections de leur Conseil d'administration.

Les collèges électoraux régionaux qui seront sans doute géographiquement modifiés pour s'adapter aux régions de la Santé Publique désigneront ensuite — et dans le délai le plus bref possible — leurs nouveaux délégués au Conseil de la Confédération. Ainsi le corps médical, pour la première fois depuis cinq ans, pourra élire librement ses représentants dans le cadre syndical. Ceux-ci étant ainsi mandatés prendront toutes leurs responsabilités dans l'ordre professionnel et social.

Mutualité familiale du corps médical français
Création d'une nouvelle combinaison d'assurance maladie

Par arrêté du 5 avril 1945, le ministre du Travail vient d'enregistrer les modifications apportées aux statuts de la Mutualité Familiale du Corps Médical Français par l'Assemblée générale extraordinaire du 25 février 1945, et tendant à créer une nouvelle combinaison maladies-accidents MA.300.

Cette combinaison alloue en cas d'incapacité d'exercice pour cause de maladie ou d'accident les indemnités suivantes :

300 fr. par jour à partir du 5e.

Et à partir du 65e jour, 3.000 fr. par mois, quelle que soit ensuite la durée de l'incapacité.

La cotisation annuelle est de 2.700 francs pour un médecin de 30 ans; 3.024 francs pour un médecin de 35 ans ; 3.456 francs pour un médecin de 40 ans.

Pour tous renseignements, s'adresser au siège, 37, rue de Bellefond, Paris (9e).

Conseil Supérieur des Médecins

Le Conseil Supérieur envoie la circulaire suivante à MM. les Présidents et Secrétaires des Conseils départementaux.

Paris, le 5 mai 1945.

Mon cher Confrère,

Le Ministre du Travail nous fait connaître qu'à partir du 1er mai 1945, les travailleurs revenant d'Allemagne, recevront des caisses départementales des Assurances Sociales des prestations au titre de l'assurance sociale française.

Il en résulte que les intéressés devront acquitter, directement les honoraires des médecins et dentistes.

En conséquence, à partir du 1er mai, il y a lieu de considérer que pour cette catégorie de travailleurs, les accords souscrits entre le corps médical et les caisses d'assurances sociales allemandes, deviendront sans objet.

Nous vous demandons donc de faire part de ces nouvelles dispositions le plus rapidement possible, aux médecins de votre département. Elles mettent un terme à une convention dictée par les Allemands.

Nous vous demandons également par la même occasion de rappeler à nos confrères que, jusqu'à nouvel ordre, les ayants droit des prisonniers en Allemagne ne doivent verser à leur médecin que des honoraires au plus égaux au tarif de responsabilité des caisses. Dès que nous aurons connaissance de modifications à cette disposition, modifications qui ne doivent pas manquer de se produire avec le retour des prisonniers nous en préviendrons les Conseils départementaux.

Nous vous serions obligés de nous adresser, non seulement dans le plus bref délai possible les bordereaux du premier trimestre, mais encore d'inviter les médecins à vous envoyer très rapidement les feuilles allemandes de maladie du mois d'avril que vous nous transmettrez pour que nous en terminions une fois pour toutes avec ce mauvais souvenir de l'occupation.

Je vous prie de croire, mon cher confrère, à mes sentiments dévoués.

Le Secrétaire.

Vacance

Le poste de directeur du laboratoire régional de bactériologie de Metz (Moselle) est actuellement vacant. Les candidats, docteurs en médecine ou pharmaciens pourvus du diplôme de sérologie, doivent s'adresser au ministère de la Santé publique (personnel, 2e bureau, 1re section), 7, rue de Tilsitt, Paris.

LIVRES NOUVEAUX

La Sélection éducatrice. Psychologie doctrinale et pratique, par le Dr Jérôme Casabianca, dermatologiste des hôpitaux de Marseille (1945), 1 volume in-8° de 214 pages, 50 francs. Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris, et Imprimerie Sergent, 6, rue d'Italie, à Marseille.

Le Groupement médical d'études antialcooliques.

Considérant que les médecins n'ont pas joué jusqu'ici dans la lutte antialcoolique le rôle prépondérant qui eût dû être le leur, quelques médecins de la Loire-Inférieure ont créé en 1942 le Groupement Médical d'Etudes antialcooliques. destiné : à recueillir les observations faites par les médecins dans leur pratique journalière ; à rechercher et à vulgariser les travaux concernant la physiologie et la pathologie de l'alcool ; à mettre au point des méthodes de lutte adaptées à chaque cas particulier.

Ce groupement, qui n'a pu avoir une existence officielle avant la Libération, a néanmoins poursuivi clandestinement une activité telle qu'il possède dès maintenant des représentants dans 23 départements. Son secrétaire publie un premier travail « Une Croisade médicale contre l'Alcoolisme », dont la partie la plus originale est le compte rendu de l'enquête à laquelle ont participé 500 confrères exerçant dans 48 départements. Cette enquête est accompagnée d'une étude des causes et modalités de l'alcoolisme avec un exposé critique des remèdes proposés.

Pour que les idées soutenues par le G. M. E. A. aient des chances de triompher, il faut que la majorité des médecins rejoignent ce mouvement, ce qu'ils peuvent faire au prix d'un sacrifice minime (cotisations membre adhérent, 40 francs ; bienfaiteur, 100 francs ; fondateur, 300 francs. Compte : Dr Perrin, Commis. Etudes Antialc., Nantes 719-83).

(Le manifeste exposant notre programme sera envoyé sur demande au secrétaire général,. Dr Perrin, 14 bis, rue d'Alger, à Nantes).

Problèmes et aspects de la puériculture moderne.

Cet ouvrage, publié sous les auspices du Comité National de l'Enfance et de l'Ecole Centrale de Puériculture, par les soins des Etablissements Jacquemaire, nous est présenté dans une édition de luxe enrichie d'illustrations attrayantes d'André Marty.

Il contient un certain nombre des leçons

professées à cette Ecole, fondée en 1917 par le Dr Lesage, membre de l'Académie de Médecine, qui a préfacé cette édition. Tour à tour, sont envisagés les buts de la puériculture par le Dr Devraigne, l'Enfance et ses périodes, son développement, son hygiène, par le Professeur Nobécourt, le Dr Marquezy, le Dr Lamy et Mlle Jammet, le Dr E. Lesné; l'alimentation de l'enfant, par Mlle Jammet, le Dr Rouèche, par le Professeur H. Vignes, le Dr Robert Clément et le Dr Chevalley.

Le chapitre des vitamines est magistralement exposé par le Professeur Mouriquand, de Lyon, qui a bien voulu apporter son concours à cette œuvre de pédiatres parisiens.

Les chapitres réservés aux soins sont traités par le Dr Julien Marie et Mlle Claudia Petot. Quant à la protection médicale et sociale de la première enfance, le Dr Julien Huber et Mlle Hardouin se sont partagés ces chapitres spécialisés.

Ce livre, que recevront avec plaisir médecins, sages-femmes, étudiants ou assistantes, fait honneur à ceux qui ont pris, dans les temps présents, une initiative aussi louable et ont réalisé une œuvre digne d'éloges.

Psychiatrie médico-légale, par le professeur Henri CLAUDE. Deuxième édition, entièrement revisée. Un vol. in-8 de 334 pages, 92 francs. G. Doin et Cie, éditeurs, Paris.

Le but de l'auteur est de mettre à la portée de l'étudiant en médecine et du médecin non spécialisé les connaissances relatives à la pratique des expertises médico-légales dans le domaine psychiatrique.

La deuxième édition qui est présentement publiée, en même temps qu'elle a permis de tenir compte des changements survenus dans le domaine médico-administratif, atteste que l'ouvrage a bien atteint le but qui lui était assigné, à savoir de convaincre les médecins que les neuro-psychiatres ne sont pas seuls qualifiés pour intervenir dans les questions médico-légales concernant l'exercice des droits civils

INFORMATIONS

(suite de la page 150)

Médecine et famille. — Comme l'année dernière, le service religieux catholique des médecins aura lieu en l'église Saint-Louis des Invalides, le dimanche 3 juin 1945, à 9 heures. Il sera présidé par Mgr Touzé, la prédication sera faite par le R. P. Verdun, ancien interne des hôpitaux de Paris (promotion 1908).

Naissances

Le Dr et Mme Lombard, le Dr P.-A. Lop (de Marseille), M. et Mme Bellot, font part de la naissance de leur fils, petit-fils et arrière petit-fils, Michel (Marseille 7 avril 1945).

Nécrologie

Nous avons appris avec peine la mort survenue dans le Midi du médecin général Cot du cadre de réserve, ancien chef de service au régiment de sapeurs-pompiers, à Paris ; il fut l'organisateur du merveilleux service de secours aux asphyxiés de ce régiment, service qui a rendu et rend toujours les plus éminents services à la population parisienne et à celle de la banlieue. Cot, avec un admirable dévouement avait formé lui-même les sauveteurs des sapeurs-pompiers de la police parisienne et de la D. P.

On lui doit de beaux travaux sur les asphyxies et leur traitement, et sur la carbogénothérapie.

Ardent propagandiste, le médecin général Cot eut la joie de voir adopter ses méthodes, la joie plus grande encore de sauver un nombre considérable d'asphyxiés.

Tous ceux qui l'ont connu garderont un souvenir plein de regrets et d'estime pour cet excellent confrère. F. L. S.

— M le Dr Arthur Audoly (de Beausoleil), père du Dr Paul Audoly (de Nice).

— Le Dr Maurice Haniquet, à Paris.

— Le Dr André Barbier, ancien interne des hôpitaux de Paris, croix de guerre 14-18. Ses obsèques ont eu lieu le 6 avril en l'église Saint-François-Xavier, à Paris.

— Le Dr Quelmé, à Morgat, par Crozon (Finistère) victime d'un bombardement.

— Le Dr Charles Benoit, décédé le 19 février 1945.

— Le Dr Jacques Ilaire, O. R. L. à Paris, décédé le 21 août 1944.

— Le Dr Raymond Delcambre, mort accidentellement à Paris.

— Le Dr Pierre Laffitte, décédé à Paris, le 18 avril. Il était le beau-frère du regretté professeur Pierre Duval et fut longtemps son collaborrateur.

— Le Dr Claude Mairesse (Haudroy-Hache) dans la Résistance, mort pour la France, lors de sa déportation en Allemagne, le 2 juillet 1944.

— Le Dr Jean Laborde, à Paris ;

— M. Camille Blaizot député du Calvados, ancien ministre de la Santé Publique, déporté en Allemagne, mort pour la France au camp de Dachau.

Cours

Faculté de Médecine de Paris

Chaire d'hygiène et de médecine préventive. — Un enseignement complémentaire consacré aux examens de médecine préventive et à l'hygiène sportive sera donné au laboratoire d'hygiène de la Faculté de Médecine (21, rue de l'Ecole-de-Médecine, escalier D, 2e étage), du 23 mai au 8 juin 1945, les lundis, mercredis et vendredis, de 16 heures et demie à 18 heures et demie, sous la direction de M. le Prof. Joannon.

Hôpital Necker. — Amphithéâtre de la Clinique chirurgicale. — Conférences de perfectionnement de l'internat 1945. — 17 juin, à 10 heures : M. le Prof. René Fabre : Quelques problèmes toxicologiques récents intéressant l'interne en pharmacie.

Cours de technique et de diagnostic. — Le Prof. Roger Leroux, assisté du Dr F. Busser, chef des travaux pratiques, commencera ce cours le lundi 2 juillet 1945, à 15 heures au laboratoire d'anatomie pathologique et le continuera tous les jours de semaine, sauf le samedi, à la même heure.

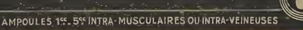
Ce cours comprendra dix-huit séances consacrées d'une part à des exposés de technique courante ; d'autre part à la lecture de coupes avec discussion des diagnostics ; les coupes qui seront fournies par le laboratoire resteront la propriété des élèves.

Droits d'inscription : 1.000 francs. — Le nombre des places est limité.

Les inscriptions sont reçues dès maintenant par le Secrétariat de la Faculté de Médecine, guichet 4, tous les matins, de 10 heures à midi et les lundis, mercredis et vendredis, de 14 heures à 16 heures, sur présentation d'une autorisation délivrée par le Dr Busser, chef des travaux (laboratoire d'anatomie pathologique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, escalier B, 3e étage), tous les jours ouvrables, de 15 heures à 17 heures.



TRAITEMENT DES ANÉMIES ET DES DÉFICIENCES NEURO-ORGANIQUES
SOJAMINOL, complexe d'acides aminés : histidine, tryptophane, extrait du SOJA, riche en vitamines naturelles du groupe B associé aux gluconates de Fer et de Cuivre et à un neurotonique atoxique de synthèse : l'Ambotolyl.
MODE D'EMPLOI :
Adultes : 2 comprimés à chacun des trois repas.
Enfants : 2 comprimés à chacun des deux principaux repas.
SOJAMINOL
COMPRIMÉS
LABORATOIRE du NEUROTENSYL
72, Bd Davout - PARIS (20e)



20-44

Imp. Tancrède, 15, r. de Verneuil, Paris (VIIe) Dépôt légal. — 1945. — 2e Trim. — N° 1. — Le Directeur-Gérant : F. Le Sourd.

N° 11. — 1er JUIN 1945 118e ANNEE Ce numéro : 4 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 100 fr. Etudiants, 50 fr.; Etranger, 150 et 180 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Facultés de Médecine

Classe exceptionnelle. — Sont nommés à la classe exceptionnelle :

A dater du 1er octobre 1941, M. le professeur Ambard (Strasbourg) ;

A dater du 1er octobre 1944, MM. les professeurs Mathieu (Paris), Rohmer (Strasbourg) ;

A dater du 1er octobre 1945, M. le professeur Forster (Strasbourg).

Promotions. — Sont promus à la 1re classe, MM. les Prof. Ducuing (Toulouse), Gabriel (Aix-Marseille), Schmid (Strasbourg).

Faculté de Médecine de Paris

Nomination de professeur. — M. Fey, agrégé, a été nommé à titre provisoire, à dater du 1er avril 1945, professeur titulaire de la chaire de clinique urologique.

M. Brocard est délégué dans les fonctions d'agrégé de bactériologie (titulaire M. Bonnet, détaché à la direction générale de la Croix-Rouge).

Facultés de Province

Alger. — La chaire de clinique obstétricale et puériculture du 1er âge (titulaire M. Laffont), est transformée en chaire de clinique obstétricale et gynécologique.

— La chaire de clinique gynécologique est transformée en chaire de clinique/urologique. M. Sabadini, agrégé, est nommé, à titre provisoire, professeur titulaire de cette chaire.

Lille. — La chaire d'anatomie est déclarée vacante (dern. tit. M. Cordier, décédé).

Lyon. — La chaire de médecine légale prend le nom de chaire de médecine légale et de médecine du travail.

Ecoles de Médecine

Rouen. — M. Jusseaume, professeur d'anatomie est chargé, à titre provisoire, de la direction de l'École.

Prix Nobel de médecine. — Le prix Nobel de médecine a été décerné, en 1943, aux Drs Henrik Dam (de Rochester) et Edward A. Doisy (de Saint-Louis), pour leurs travaux sur la vitamine K.

Le prix Nobel 1944 a été décerné au Dr Erlanger (de Washington), et au Docteur Gasser (de l'Institution Rockefeller), pour leurs recherches sur le fonctionnement des nerfs.

Santé publique

Ordre national des pharmaciens. — Une ordonnance du 5 mai 1945 institue un ordre national des pharmaciens.

Contrôle médical des prisonniers et rapatriés. — Le J. O. du 12 mai 1945 publie des arrêtés en date du 5 mai 1945 :

1° Fixant les conditions d'organisation et de fonctionnement du contrôle médical des travailleurs et déportés rapatriés ;

2° Fixant les attributions et le statut des médecins départementaux des prisonniers et déportés rapatriés ;

3° Fixant la rémunération des médecins requis à temps partiel ou de façon intermittente pour assurer l'exécution d'un service public, en particulier du contrôle médical des rapatriés.

Guerre

Nominations et promotions dans le service de santé

Par décret, en date du 16 avril 1945 (J. O, 17 mai 1945), sont nommés, à titre temporaire, soit à compter de 1er septembre 1944, soit à compter du jour de leur rappel à l'activité ou de leur engagement (postérieurement au 1er septembre 1944), les médecins auxiliaires ou sous-aide major de réserve ci-après désignés.

Au grade de médecin sous-lieutenant :

M. le Médecin sous-aide major Milon.

MM. les Médecins auxiliaires : Azoulay (J.-J.), Bellaiche (R.), Bosquet (G.), Chatelin (C.-L.), Cuelle (R.-F.-A.), Diaktine (R.), Dominic (S.-D.), Duhamel (J.-P.), Durand (G.), Echampe (J.-G.-E.), Gaches (J.), Gendrot (A.-L.), Guerrini (C.), Jeanjean (F.), Marty (L.), Paressant (J.-A.), Pecker (J.-A.), Schlesinger (M.), Soulairac (A.-A.), Taillanter (P.-L.), Smagghe (G.-D.).

Zipper (A.-C.), Mabille (B.), Tetu (J.), Bureau (P.-A.-E.), Touchard (R.-G.), Turlotte (J.-H.-F.), Butat (J.-B.), Golblin (V.), Gautier (R.-D.-J.), Masselot (Y.-P.-C.), Estragnat (P.-R.), Jaubert de Beaujeu (M.-A.), Cuffel (R.-J.-F.), Mathis (M.-C.), Bonvarlet (R.-G.-P.), Lévy (N.), Boggi (A.), Goetz (A.), Canova (R.-A.), Français (P.-C.), Talleux (P.-J.-A.), Dousset (G.-G.-J.), Lanfry, (G.-J.-G.), Aynaud (R.), Le Berre (R.-M.), Blanchard (R.-P.).

Alenson (J.-G.), Goupy (C.-M.-F.), Legros (R.), Mireur (A.-M.), Billard (J.-M.-L.), Gilard (R.-J.-F.), Auquier (L.-A.), Marchandin (L.-F.L.), Cloître (R.), Hueber (J.-J.-G.), Guéguen (Y.-A.-J.), Burnet (A.-L.-M.), Pappo (J.), Boulard (J.-R.), Biraben (L.), Lavenant (A.-L.-M.), Piton (A.-P.), Simoni (R.), Cany (J.-E.-M.).

Etienne (M.-L.), Moulonguet (Albert), Savigny (P.-R.), Uro (J.-F.), Delos (J.), Lenoir (R.-M.-G.), Hoareau (M.-F.), Tahier (H.-M.-C.), Tremblin (G.-A.), Froge (F.-J.-G.), Céleste (Y.-L.A.), Colboc (A.-H.-C.), Pierron (R.-G.-A.), Grégoire (P.-J.-L.), Dumeige (A.-G.-J.), Auvert (R.).

Bonneval (G.-A.-C.), Chambonnet (P.-F.), Fischer (H.), Hardy (J.), Probst (A.), Puig (G.), Hygonnet (R.), Poirault (A.-E.-F.), Henry (J.-A.-A.), Martin (G.-G.-H.), Delage (E.-C.), Degeorges (M.), Blouin (H.), Deltheil (J.), Ardouin (M.), Labbé (J.), Dontre (L.), Dionis du Séjour (H.-E.), Durin (H.-M.-J.).

Bruguière (P.), Henry (P.), Belin (P.-A.), Ribardière (M.-P.), Gladu (A.-J.), Dionet (J.-M.-M.), Julia (Ch.), Poncet (E.-A.), Barbe (P.-A.), Bonnette (J.), Denier (M.), Essel (L.), Faure (R.), Ulmann (J.-A.), Coste (J.-G.-E.), Durand (G.-P.), Mallèvre (R.), Arnaud (L.-M.-P.), Donnars (J.), Poli (P.-B.), Doumic (J.-M.-C.), Houdart (R.-G.), Meunier (F.), Ramadier (J.), Reynaud (J.-B.-L.), Pot (V.-E.-A.), Daum (S.-A.).

Ces médecins sous-lieutenants sont promus au grade de médecin lieutenant à T. T., à compter du jour de leur nomination au grade de médecin sous-lieutenant, à l'exception des médecins sous-lieutenant ci-après désignés qui ne remplissent pas les conditions requises pour être promus : MM. Diatkine, Gaches, Jeanjean, Legros, Marty et Pecker.

Sont nommés à titre étranger pour la durée de la guerre pour compter de la date de leur rappel à l'activité ou de leur engagement (postérieurement au 1er septembre 1944) :

Au grade de médecin sous-lieutenant : MM. les Médecins auxiliaires à titre étranger : Lilcia, Valéry (P.), Sicard (J.-A.-J.), Jacobson (J.), Bonetti, Feldstein et Salom.

Un autre décret en date du 27 avril 1945 (J. O. du 19 mai 1945), porte fixation de prise de rang et nomination dans le cadre des officiers de reserve du service de santé.

Sont nommés au grade de médecin lieutenant à T. T. : MM. Margot, Decamps, Nicolas, Buisson, Daubert, Gersile, Clamageran, de Kermabon, Benoît, Angeli, Boriès, Chendler, Faidherbe, Lepesteur, Macaire, Martin, Baratgin, Guillet, Chaix, Raynel, Vargues, Hoffmann, Kern, Rickhard, Schatz, Bessis, Fanque, Tubiana, Ould Aoudia.

Anave, Attal, Balland, Benidis, Bensouna, Bismut, Cabare, Casanova, Castellani, Cohen, Cordoliani, Durand, Duverger, Franchini, Hadjadj, Hugueny, Iser-Salomon, Lena, Lévy (Elie), Levy (dit James), Martinaggi, Medioni, Moreau, Pellet, Perus, Rosiner, Stefanaggi, Thévenin, Touati, Touboul, Triki, Joselewicz.

Andrieu, Cohen-Bacri, Dauthuile, Debbasch, Dupont, Lejeune, Lichnewski, Olry, Warsawski.

Benmussa, Bloede, Caverivière, Koskas, Miquelard, Picardoni, Scriber.

A titre étranger : MM. Gachkel, Maer, Schtaklut.

Rappel de classes. — Les médecins et étudiants en médecine réservistes appartenant aux classes 1932, 1931 et 1930, sont rappelés sous les drapeaux à partir du 14 mai 1945.

Légion d'honneur. — Officier à titre posthume : médecin commandant Bouffier.

Chevalier : Médecin colonel Vialard-Goudou, directeur du S. S. de la Ne armée française.

Méd. cap. Bernal, Ne bat. médical.

Méd. cap. Guenon, Ne D. I. motorisée.

Méd. col. Lotte, Ne D. I. motorisée.

Méd. lieut.-col. Vernier, Ne D. I. motorisée.

Les médecins capitaines Coupigny et Charmot.

Médaille militaire. — Méd. aux. Benbassat, du Ne R. I. C. (Croix de guerre avec palme).

Citations à l'ordre de l'armée — Méd. commandant Ingert, Ne bat. méd.

Méd. aux. Vidal (P. J. M.) du Ne bataillon médical.

Médaille d'honneur du Service de Santé. — Médaille d'or : M. le Méd. gén. insp. Vanlande.

Méd. de vermeil : méd. col. Benhamou, Mme Haupt.

Médaille d'argent : Méd. lieut.-col. Bambace, comm. Bouvatier, méd. comm. Dhers, lieut.-col. Fabre ; pharm. comm. Foujols ; méd. comm. Gouyrand ; lieut. Autard.

Méd. de bronze : Capitaines Le Brun et Haynes, U. S. A. ; méd. cap. Bongars de Vaudeleau ; Mmes d'Andeleau, Royer, Repoux, Bard et Ros, A. F. A. T.

Union des Médecins français

Le 29 avril une émouvante cérémonie groupait à l'amphithéâtre des Enfants-Malades, autour du Prof. Charles Richet, président d'honneur de l'Union des Médecins français, un grand nombre de ses collègues, de ses confrères, de ses élèves et de ses amis, venus lui témoigner leur joie de son retour de Buchenwald où il avait été déporté en 1943.

Prenant la parole après le Prof. Debré, le Dr de Gennes, président de l'Union des Médecins français, et M. Lecomte, secrétaire général de l'Assistance Publique, le Prof. Charles Richet glorifia l'œuvre de la Résistance et le souvenir de ses héros.

TIFFENEAU
(1873-1945)

Le 20 mai a disparu de la façon la plus soudaine un de ceux qui ont fait le plus d'honneur à la science française entre les deux guerres.

Le Professeur Marc Tiffeneau, né à Mouy (Oise), le 7 novembre 1873, fut doyen de la Faculté de Médecine (1937), membre de l'Académie de Médecine (1927), membre de l'Institut (1939), délégué de la France à la S. D. N.

Interne en pharmacie, d'abord des Asiles de la Seine puis des Hôpitaux de Paris (médaille d'or en 1900), il devenait, dès 1904, pharmacien des Hôpitaux de Paris, collègue de promotion du Prof. Hérissey, et prenait le service de l'hôpital Boucicaut. Il y demeurait jusqu'en 1926 où il devenait jusqu'à l'âge de sa retraite pharmacien de l'Hôtel-Dieu.

Une telle promotion, couronnement des efforts pour la plupart, ne fut pour M. Tiffeneau qu'un premier échelon. Son ardeur à la recherche amena celui qui était déjà un maître, à commencer toujours de nouvelles études pour élargir ses horizons. En 1907, il était docteur ès sciences ; en 1910, docteur en médecine ; la même année agrégé de pharmacologie. En 1924 il était professeur au P. C. B. ; en 1926, profeseur de pharmacologie à la Faculté de Médecine, dont quelques années après il devenait doyen.

Elève de maîtres illustres : Charles Richet et surtout Auguste Béhal (ne se proclamait-il pas « Béhalien » en un des grands jours de sa carrière magistrale), il fut de ceux à qui la théorie atomique est le plus redevable de son enrichissement et de son rayonnement. Le problème des transpositions moléculaires, des capacités affinitaires des radicaux, la synthèse asymétrique, la diastéréo-isomérie sont les problèmes de chimie supérieure qui l'ont le plus retenu.

Dans le domaine médical et pharmacologique il fut, parmi les pharmacodynamistes, l'un des initiateurs et l'un des plus éminents. Ses travaux sur l'influence des ions H, l'adrénaline, le chloralose, le dosage physiologique des médicaments font époque.

Son rang de savant ne saurait cependant suffire à caractériser entièrement une telle personnalité. La modestie et l'effacement courtois du Professeur Tiffeneau n'étaient que le voile d'une haute conscience et d'une dignité professionnelle qui n'excluait ni l'aménité naturelle, ni l'indulgence foncière. Sa vision objective des choses s'alliait à un solide bon sens et à l'esprit de devoir et lui inspirait, en toute circonstance, l'approbation ou la réserve qu'il fallait. Cet homme affable « osait et savait dire non » comme a dit quelqu'un qui l'a bien connu. Il savait cependant aussi risquer et payer de son influence et de sa personne : sa conduite aux heures lourdes de l'occupation et aux jours périlleux de la Résistance comme aux jours glorieux de la Libération, témoignent hautement que chez celui qui vient de disparaître, la science, l'intelligence et le cœur étaient d'une égale hauteur.

Que ses fils veuillent bien trouver ici l'expression de notre profonde sympathie.

R. L.

Nécrologie

— Le Dr Kindberg, médecin des hôpitaux, déporté à Buchenwald, rapatrié et décédé à son retour à Paris, victime des Allemands.

— Le Dr Hécart, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien des hôpitaux de Rouen, professeur à l'Ecole de Médecine de Rouen.

— M. Marc Grégoire, médecin sous-lieutenant, mort pour la France. Il était le fils du regretté professeur Grégoire.

— M. Jean Brissaud, sous-lieutenant d'infanterie coloniale et M. René-Henri Brissaud, sergent au régiment d'infanterie coloniale du Maroc, tombés pour la France au mois d'Avril. Ils étaient les fils du Dr et de Mme Etienne Brissaud, et les frères du médecin lieutenant H.-Ed. Brissaud.

— Le Dr Seringes, décédé à Paris, à l'âge de 74 ans.

— Le Dr Edmond Humbert, à Versailles.

— Le médecin général de la marine Jean-Léonce Gombaud, décédé le 28 avril 1945, à Puisséguin (Gironde).

— Aspirant Jeanneney, du bataillon de choc de la 1re armée, 3 citations, tombé devant Stuttgart un mois à peine avant la capitulation allemande.

Nous adressons à son père, M. le Professeur G. Jeanneney, de Bordeaux, l'expression de notre profonde et très affectueuse sympathie.

— M. Emile Brindel, officier de la Légion d'honneur, décédé à Paris à l'âge de 78 ans. Nous prions sa veuve, Mme Emile Brindel, et ses enfants, et sa sœur, Mlle Brindel, secrétaire de l'administration de la Gazette des Hôpitaux, d'agréer nos condoléances respectueuses et émues.

DOTHIÉNENTÉRIES ABORTIVES ET TRAITEMENTS ABORTIFS

Par MM. le Professeur R. Le Blaye, A. Pillot et R. Solle
(de Poitiers)

Les auteurs du siècle dernier, bien que réduits aux seules ressources de la clinique, avaient reconnu l'existence de formes anormalement abrégées de la fièvre typhoïde. Déjà Letulle, dans sa thèse d'agrégation, évaluait leur fréquence à 17 %; à notre époque, le médecin qui a le réflexe de l'hémoculture assez prompt, identifie avec une fréquence plus grande encore de telles infections (surtout paratyphiques), à évolution bénigne ou écourtée, que seule la bactériologie peut classer avec certitude.

Le cas typique est le suivant : un fébricitant suspect d'infection typho-paratyphoïde fournit dès le début de sa maladie une hémoculture positive, et l'on s'attend à voir évoluer une fièvre de durée longue, quand au contraire, avec ou sans traitement, la maladie tourne court. Assez souvent cette terminaison rapide s'effectue par défervescence brusque, en une ou deux grandes oscillations. Cette *guérison brusque* n'est pas exceptionnelle, puisque Jaccoud l'avait observée dans 28 % des cas. « La chute de température, dit-il, s'accompagne d'une modification complète de l'habitus extérieur du malade. La langue se nettoie rapidement, la restauration organique a lieu sans nuage, et la phase de restauration, réduite au minimum, se confond, à vrai dire, avec la convalescence. »

Parfois les choses se passent autrement. Après un court cycle terminé par guérison, la fièvre remonte, et c'est une vraie dothiénentérie qui évolue.

Peut-être faut-il établir un rapprochement entre ces formes polycycliques et les formes à *recrudescences*, ou à *courbe thermique irrégulière*, présentant dans leur cours des rémissions et des reprises, à évolution ou plus courte ou au contraire plus longue que normalement. Dans ces cas des « accidents » divers rompent la régularité habituelle de la fièvre.

La dothiénentérie n'est pas seule à présenter de fréquentes formes abortives. Bien avant l'avènement des sulfamides, on connaissait des pneumonies de quelques jours ou même d'un jour, mais elles étaient exceptionnelles. Avec les nouveaux sulfamides, ce qui était l'exception est devenu la règle.

Or, pour les infections typho-paratyphoïdes, diverses médications peuvent aussi provoquer soit une guérison brusque, soit une évolution abrégée, soit des rémissions passagères qui en brisent le cycle fébrile. Au premier rang de ces médications « actives » la *vaccinothérapie intraveineuse*, injustement discréditée dans notre pays, se montre capable de guérir rapidement et prématurément la dothiénentérie.

D'autres médications méritent cependant d'être considérées comme actives : chimiothérapie (*gonacrine*), sérothérapie (*sérum de Rodet* ou *de H. Vincent*), vaccinothérapie (*vaccin spécifique monovalent*). Mais seule la voie veineuse permet de faire de la vaccinothérapie une méthode de traitement abortif vraiment fidèle, surtout pour la fièvre paratyphoïde B qui est actuellement la plus fréquente des infections de ce groupe.

Médications abortives

Chimiothérapie. — Des divers médicaments successivement préconisés, contre les fièvres typhoïdes, la *gonacrine* est à retenir. On ne lui dénie pas une certaine efficacité, mais on lui reproche d'élever l'azotémie. Quoiqu'il en soit, dans un nombre appréciable de cas, cette chimiothérapie permet de faire avorter l'infection.

L'abortion n'est pas alors très rapide, *elle se fait progressivement en lysis*. L'apyrexie n'est alors complète qu'après une semaine environ. (Fig. 1.)

On voit que ce type d'abortion se rapproche de l'évolution spontanée terminale, quand manque le stade amphibole. La guérison se fait alors assez lentement sans phénomènes critiques, avec amélioration parallèle des divers symptômes : la courbe du pouls s'abaisse lentement comme celle de la température et malgré leur dissociation; la diurèse augmente peu à peu; la langue s'humidifie pour se nettoyer quand le météorisme et la diarrhée (s'ils existent) se sont amendés.

Sérothérapie et vaccinothérapie sous-cutanée ont des effets thérapeutiques indéniables, mais bien inconstants.

La sérothérapie (*sérums de Rodet et de H. Vincent*) ne peut d'ailleurs être appliquée d'une manière courante actuellement faute de sérum; la vaccinothérapie par voie *buccale* ou *sous-cutanée* tend à tomber en discrédit, car on lui reproche ses effets irréguliers et insuffisants.

Il est cependant certain que la courbe thermique d'une typhoïde traitée par le sérum ou le vaccin ne ressemble guère à la courbe régulière de la maladie classique. On observe alors souvent le phénomène de la dislocation des courbes, soit que l'évolution fébrile irrégulière se solde au total par un raccourcissement ou même un véritable avortement de la maladie, soit que le cycle fébrile, coupé de rémissions, d'améliorations passagères, n'en évolue pas moins, capricieusement, en un temps presque aussi long qu'une dothiénentérie normale. Le bénéfice est alors assez mince pour que les sceptiques le mettent en doute.

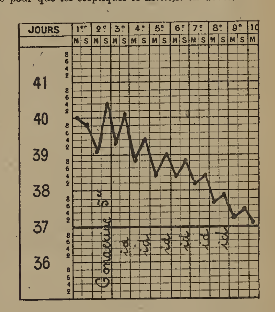


Fig. I
Défervescence par gonacrine

Vaccinothérapie veineuse. — Le vaccin se montre beaucoup plus actif s'il est injecté *par voie veineuse* et non par voie sous-cutanée. La posologie doit alors changer, car les doses utilisées par voie sous-cutanée donneraient des accidents de choc grave ou même mortel.

Pour l'adulte, par exemple, on doit se contenter par injection intra-veineuse de doses inférieures à 50 millions de bacilles. On cherche alors à compenser la faiblesse de ces doses par leur répétition à quelques heures d'intervalle (*étalement des doses*). Avec des doses de vaccin portées ainsi à un chiffre suffisamment élevé, on arrive à faire « avorter » la maladie. Ce qui était l'exception avec les autres voies d'injection du vaccin devient alors la règle.

Nous avons pu par cette méthode obtenir des statistiques incomparables tant au point de vue de la mortalité que des complications et des rechutes.

Les effets du traitement par vaccination veineuse n'en sont pas moins eux-mêmes assez variables.

Dothiénentéries abortives thérapeutiques

Les traitements réellement actifs des maladies typhoïdes inscrivent leurs effets sur la courbe thermique par des *accidents* qui en rompent la régularité. De même qu'on observe des fièvres typhoïdes abortives, il en existe aussi à température *spontanément irrégulière*, comparables à celles dont la courbe est *disloquée par le traitement*.

Nous ne parlons pas ici, bien entendu, des médicaments antithermiques (cryogénine, pyramidon, etc.) dont l'action purement symptomatique ne reflète pas l'évolution infectieuse. Ces médicaments ont l'inconvénient, compensé par peu d'avantages, de provoquer des chutes de température purement artificielles et transitoires, sans valeur pronostique. Ils rendent les feuilles de température illisibles.

Les formes des rémissions passagères ou des guérisons durables, telles que la vaccinothérapie intraveineuse en fournit souvent, peuvent se ramener à quelques types.

La guérison brusque, obtenue dès 1913 par H. Vincent (1) par vaccinothérapie sous-cutanée, et par Thiroloix par la voie veineuse, est la plus spectaculaire : elle aboutit à l'apyrexie complète parfois dès le lendemain; le plus souvent le surlendemain; rarement après quelques jours. On l'observe surtout avec les doses fortes de vaccin. Dans ce type, la température présente son maximum vers la troisième heure après la piqûre, avec un chiffre souvent élevé (chez tous les malades ainsi traités, il est utile d'établir une courbe des températures prises toutes les trois heures après l'injection vaccinale intraveineuse). (Figure 2.)

Un *frisson* plus ou moins intense peut survenir environ une heure après l'injection, parfois plus tard, mais il n'est pas

(1) H. Vincent. *Acad. de Méd.*, 22 avril 1913. (Discussion, note Petrovitch.)

constant même avec des doses assez fortes; il manque souvent chez les malades graves, à température élevée, qui réagissent moins.

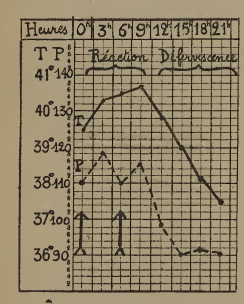


Fig. II
Courbe des températures prises toutes les trois heures Parallélisme de la courbe du pouls

L'apyrexie du lendemain. (Fig. 3.) — La chute brusque de la température à 37° dès le lendemain contraste avec l'élévation de la veille. Cette forme de « guérison brusque » est peu fréquente, surtout si la dose de vaccin n'est pas très forte, et si l'on s'est abstenu de médications antithermiques. Elle est plus

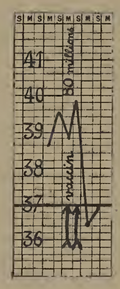


Fig. III
Guérison brusque avec apyrexie du lendemain (Vaccin intraveineux)

fréquente si, pour atténuer la violence de la réaction fébrile, on administre du pyramidon ou de l'aspirine en même temps que l'on fait la vaccination. C'est un moyen de prévenir le danger de l'hyperthermie, mais l'effet en est souvent de courte durée. Une *transpiration* abondante et prolongée est la conséquence de l'abaissement de la température, mais la crise sudorale ne s'accompagne pas de crise urinaire parallèle ; la diurèse, d'ailleurs restée souvent bonne chez les malades suffisamment nourris, n'augmentera que les jours suivants. La *diarrhée*, après avoir parfois augmenté durant quelques heures, s'arrête en même temps que le météorisme disparaît.

L'apyrexie du surlendemain (Fig. 4) est le type de défervescence le plus fréquent. Ici la fièvre disparaît en deux jours.

Le *frisson* consécutif à la piqûre est fréquent, mais inconstant; il peut être suivi d'autres légers frissonnements. La réaction, ici encore, est plus faible chez les typhiques adynamiques. Les phénomènes critiques sont atténués, mais les divers symptômes s'améliorent en même temps que la fièvre baisse : l'*arrêt de la diarrhée*, s'il en existait, ne tarde pas à se produire après ou sans accentuation passagère. Ce rétablissement des fonctions intestinales normales se fait même avec une rapidité et une constance frappantes. En somme, l'effet de « désintoxication » de la vaccinothérapie se manifeste avec une surprenante rapidité par un sentiment d'euphorie qu'accusent tous les malades quand la rémission est complète. Pourtant les malades graves conservent assez longtemps un certain degré d'asthénie, d'hypotension et même une certaine torpeur.

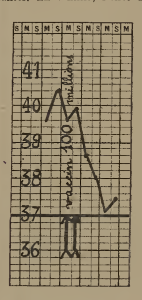


Fig. IV
Apyrexie du surlendemain (Type habituel après vaccinothérapie intraveineuse)

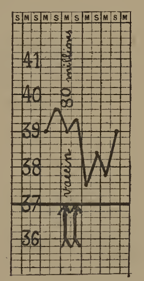


Fig. V
Rémission post-vaccinale

Que l'apyrexie survienne le lendemain ou le surlendemain, il est fréquent que la température s'abaisse au-dessous de 37° (*hypothermie du surlendemain*).

L'apyrexie progressive en trois ou quatre jours est exceptionnelle après vaccinothérapie veineuse : *tout abaissement de température qui reste incomplet le surlendemain sera probablement suivi d'une réascension.*

Après ces défervescences brusques un test pronostique est assez fidèle : c'est, dans les jours qui suivent, la réapparition dans le sang des leucocytes éosinophiles; ordinairement ils signent la guérison. Notons d'ailleurs en passant que, dans la majeure partie des cas, le choc vaccinal accentue pendant quelques jours la leucopénie; puis le nombre des leucocytes augmente mais reste encore le plus souvent inférieur à la normale. La leucocytose ne nous paraît pas, en tous cas, avoir autant de valeur que le retour des éosinophiles.

La défervescence en lysis est habituelle dans les cas traités avec succès par la gonacrine. Nous avons dit qu'elle ne l'est pas après vaccinothérapie, parce que la chute de température, plus rapide, s'achève alors ordinairement le surlendemain. Avec la gonacrine c'est au contraire, le plus souvent, une descente en lysis ou en échelons qui annonce l'évolution vers une guérison qui s'effectue en une semaine environ.

Les rémissions. (Fig. 5.) — Jusqu'ici nous avons envisagé le cas d'une défervescence complète aboutissant à l'apyrexie. Ce sont les succès complets sinon durables.

Il n'en est pas toujours ainsi. Le traitement abaisse la température plus ou moins suivant les cas. C'est une rémission incomplète, et non une guérison. La défervescence s'ébauche; elle ne s'achève pas, et la fièvre s'élève de nouveau. Il y a *décrochage* de la courbe, qui remonte après un ou deux jours. Ce résultat incomplet ne doit pas être tenu pour décourageant. Il témoigne d'une efficacité insuffisante du traitement, mais non de son inefficacité complète. Une nouvelle tentative devra être faite sans retard dès que la reprise de la fièvre se confirmera.

La dislocation des courbes. — Si les tentatives successives restent insuffisamment efficaces, la courbe de température prend un type irrégulier, *disloqué*, qu'on constate très souvent dans la vaccinothérapie sous-cutanée ou dans la sérothérapie.

Ces courbes témoignent d'effets partiels, passagers du traitement, qui est alors, non pas inefficace, mais insuffisant pour faire avorter l'infection.

Les rechutes. — On pourrait dire que plus un traitement est efficace, plus les rechutes sont fréquentes, puisque rechute implique guérison préalable, ou au moins rémission complète.

En fait, les commencements de rechute sont fréquents après vaccinothérapie veineuse, mais ils sont facilement interrompus par la reprise du traitement. Quand la fièvre s'élève progressivement, et dépasse 38°5, ou quand un état subfébrile persiste, on doit reprendre aussitôt la vaccinothérapie. A ce point de vue, les infections typhiques diffèrent des infections paratyphiques. Tandis que la paratyphoïde B guérit la plupart du temps après un seul jour de traitement, par conséquent sans rechute, la typhoïde éberthienne nécessite le plus souvent deux traitements ou même davantage.

Le cycle fébrile post-vaccinothérapique est différent des rechutes. Si après apyrexie, il se produit une réascension fébrile légère, inférieure à 38°5, elle ne se prolonge souvent que quelques jours. Ces courts cycles fébriles surviennent peu de jours après la défervescence et guérissent assez souvent spontanément; sinon ils commandent une nouvelle injection de vaccin.

Parfois, cette phase subfébrile nettement oscillante constitue un véritable *stade amphibole atténué*. Dans ce cas encore il faut réintervenir s'ils se prolongent.

Les complexes. — Les alternatives de *décrochage* et de *reprise* de la courbe thermique, qui réalisent ce que nous appelons la « dislocation », s'associent en « complexes » qui, suivant les cas, s'inscrivent sur la feuille de température sous la forme d'un v plus ou moins largement ouvert ou sous la forme d'un v renversé. Dans le premier cas, la première branche du v correspond au décrochage, la deuxième à la reprise. Dans le deuxième cas, la première branche du v correspond à la rechute ou à la reprise, et la deuxième branche à la défervescence sous l'une de ses différentes formes.

Autres accidents. — Ce schéma ne résume pas tous les accidents que peut présenter la courbe thermique des dothiénentéries traitées par le vaccin intraveineux. On observe souvent, même en dehors de toute complication, des élévations subites et isolées, en clocher, ou une ou deux oscillations atypiques, dont la cause est souvent impossible à interpréter, mais qui commandent cependant un nouvel examen clinique complet du malade. L'hémoculture et la sterno-culture pratiquée juste à ce moment ne nous ont pas montré de bacillémie.

Essai d'interprétation des courbes

La « guérison brusque » est-elle une réaction de choc ou un phénomène d'immunité ? C'est une question un peu théorique et à laquelle il ne faut répondre qu'avec prudence. Cependant on sait que les méthodes de choc échouent le plus souvent dans la dothiénentérie. Il est donc vraisemblable que le choc ne doit pas être seul invoqué, et que les guérisons durables supposent l'immunisation au moins passagère.

Dans la guérison brusque avec apyrexie du lendemain, il semble que l'effet du choc soit le facteur immédiat dominant.

Dans l'apyrexie du surlendemain l'effet d'immunisation paraît plutôt à invoquer. D'ailleurs on sait que l'effet de la vaccinothérapie veineuse n'est pas fonction des phénomènes de choc.

Dans la défervescence progressive, habituelle après la gonacrine, rare après vaccinothérapie veineuse, l'évolution plus régulière et plus progressive se rapproche de la défervescence spontanée. La guérison de la maladie est hâtée, mais non brusquée. On peut ici invoquer l'action antiseptique ou bactériostatique du médicament, ou son action sur les processus de défense normaux.

Les rechutes soulèvent les mêmes problèmes après traitement ou sans traitement. L'immunisation a été dans les deux cas passagère; pourquoi les moyens de défense de l'organisme n'ont-ils été mobilisés que transitoirement ? Le problème n'est spécial ni aux infections typho-paratyphoïdes, ni à la vaccinothérapie.

Les décrochages et les reprises fébriles sont d'interprétation facile en ce sens qu'elles témoignent, dans les processus de défense et d'immunisation, d'une série de *phases négatives* ou *positives* (au sens de *Wright*), traduisant les oscillations de la lutte entre l'infection et les moyens de défense de l'organisme. (Fig. 6.)

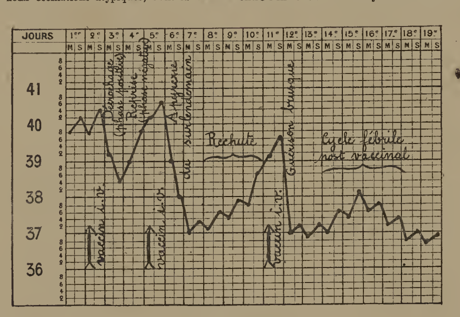


Fig. VI
Schéma d'interprétation des courbes de vaccinothérapie intraveineuse

Les échecs

Il reste à se demander la raison des succès et des échecs — et toute méthode thérapeutique pose les mêmes problèmes. C'est, pour une part, la question si actuelle des *chimio-résistances*, et, pour une autre part, celle des *irrégularités de l'immunisation expérimentale*. Il faudrait enfin soulever les hypothèses relatives au rôle possible du *bactériophage*, et à la *multiplicité des antigènes* somatiques ou ciliaires. Nous n'avons pas à aborder ici ces problèmes généraux de l'immunité, mais nous envisagerons quelques cas plus particuliers à la vaccinothérapie :

Une erreur de détermination du germe peut conduire à une vaccinothérapie non spécifique. Nous avons observé de tels cas, et nous avons pu constater l'importance de la spécificité du vaccin. Si l'on emploie un vaccin non spécifique on conserve l'effet de choc, mais on se prive de l'effet d'immunisation vaccinale. On sait pourtant que les *vaccins colibacillaires* ont été utilisés dans le traitement des fièvres typho-paratyphoïdes. Il s'agit sans doute de cette action *paraspécifique* (*anachorèse* d'Ascoli) étudiée à propos de la « prémunition » par le vaccin B. C. G. et attribuée à une stimulation du tissu réticulo-histiocytaire, mais non à une véritable immunisation.

La spécificité peut avoir besoin d'être plus étroite encore. Nous avons quelquefois, bien que rarement, dû demander à un autovaccin une guérison que le stock-vaccin n'avait pas permis d'obtenir. Le plus souvent, cependant, les stocks-vaccins permettent d'agir sans la perte de temps due à la préparation de l'autovaccin, et donnent les défervescences que nous avons décrites.

Une complication non spécifique peut aussi expliquer la persistance de la fièvre ou sa reprise après traitement. Aussi un examen clinique complet du malade doit-il être refait dès que la vaccino-résistance ou la récidive se manifeste. On se souviendra de la fréquence des complications biliaires après vaccinothérapie, déjà signalée il y a longtemps par Netter. Mais ces complications sont des plus fréquentes, en dehors de toute vaccinothérapie. Leur éventualité d'ailleurs au cours du traitement ne nous a jamais conduit à une intervention chirurgicale quelconque; souvent cette complication n'était qu'une simple réaction douloureuse dans l'hypochondre droit, cédant rapidement à la glace et au traitement médical. Le vaccin nous a toujours donné d'excellents

résultats dans le traitement des complications spécifiques, même en pleine hémorragie intestinale.

***

On voit par ce qui précède combien le diagnostic et le traitement des fièvres typhoïdes nous paraissent être des choses méticuleuses. Nous ne concevons un tel traitement que dans des conditions de contrôle clinique et biologique qui ne semblent réalisables qu'en milieu hospitalier, avec la surveillance d'un personnel éduqué, et avec le concours sur place d'un laboratoire.

Certes, la dothiénentérie n'est pas définitivement vaincue. Le groupe « typhique-paratyphique » attend encore son sulfamide ou sa pénicilline. Pourtant nous croyons que le scepticisme actuel en matière de traitement antityphoïdique est une attitude absolument funeste et que *la vaccinothérapie veineuse permet de transformer radicalement la physionomie clinique et le pronostic de la maladie*. La possibilité de tels résultats avait été entrevue par la plupart des auteurs qui avaient pris part aux discussions que cette question avait soulevée il y a plus de trente ans déjà. Les ressources de la vaccinothérapie n'ont été méconnues depuis que parce que d'autres méthodes thérapeutiques sont venues, bien fâcheusement, en détourner l'attention.

BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE

ANTONELLI (G.). Contribution à l'étude de la vaccinothérapie (en grande partie par voie intraveineuse) dans les fièvres typhoïdes. *Policlinico* (sez. prat.), 44, fév. 1937, p. 209.

CAVALOTTI (A.-M.). Vaccinothérapie intraveineuse antityphique chez l'enfant (étude clinique). *Minerva Med.*, 1, 6 janv. 1938, p. 16.

CAVINA. Vaccinothérapie antityphique intraveineuse. Aspect de la formule leucocytaire. *Riforma Med.*, 47, p. 1109, 20 juil. 1931.

DI CHIARA ROMANO (G.). Considérations sur le traitement de la typhoïde avec le vaccin de Cristina par la voie intraveineuse. *Cultura Med. Mod.*, 10, p. 388, 31 mai 1931.

EMMER. Les dangers des injections intraveineuses du vaccin antityphique. *Casopis lekaru Ceskych.*, t. 76, n° 21, 28 mai 1937, p. 648.

FAGIUOLI (A). Nouvelles observations et considérations sur la vaccinothérapie intraveineuse de la typhoïde. *Riforma Medic.*, XXII, 1906, n° 14, p. 370.

— Traitement de la fièvre typhoïde par les vaccins intraveineux. *M. J. Australia*, II, p. 291, 22 sept. 1923.

FRANZA (R.). Contribution à la thérapeutique de la fièvre typhoïde avec les vaccins lysés par voie intraveineuse. *Riforma Med.*, LI, p. 1017, 6 juil. 1935.

GAY (F.-P.). Traitement abortif de la fièvre typhoïde par le vaccin sédiment sensibilisé. *J. A. M. A.*, Chicago, LXV, n° 4, p. 322, 24 juil. 1915.

— Nouvel essai de traitement de la fièvre typhoïde par injection intraveineuse du vaccin sédiment sensibilisé. *Journ. of. lab. clin. med.*, II, 11 août 1917.

GAY (F.-P.) et CHIKERING (H.-T.). Traitement de la fièvre typhoïde par injection intraveineuse de vaccin sédiment typhique sensibilisé polyvalent. *Arch. Int. Med.*, XVII, p. 303, fév. 1916.

KIBLER et L.-F. MC BRIDE. Injections intraveineuses de vaccin typhique. *J. Infect. Dis.*, Chicago, 1917, p. 13.

KIRIAZIDÈS (K.), PERAKIS (C.) et CALOGEROU (P.). La vaccinothérapie antityphoïdique par voie sous-cutanée et intraveineuse. *Bull. Méd.*, p. 1057, 5 oct. 1929.

LE BLAYE (R.). Note sur l'évolution thermique consécutive à la bactériothérapie intraveineuse antityphique. L'hypothermie du surlendemain. *Arch. Med. Chir. de Province*, T. 8, nov. 1913, p. 1048.

MOROSKIN (N.) et GUREVITCH (E.). Thérapeutique intraveineuse de la fièvre typhoïde. *Klin. Med.*, IX, n° 15, p. 636, 1931.

NICOLLE, CONNOR et CONSEIL. C. R. Acad. Sciences, 11 juil. 1913.

PETZETAKIS. Vacinothérapie antityphoïdique intraveineuse : 1) *Soc. Biol.*, 1916, 22 juil., p. 655 ; 2) *Paris Méd.*, 1916, p. 516.

PIAGGO BLANCO (R.-A.), PIAGGO BLANCO (R.-O.), et DIGHEIRO (J.-C.). Considérations sur le traitement de la fièvre typhoïde par le vaccin typhique intraveineux. *Ann. Fac. Med.*, Montevideo, XXIV, p. 321, 1939.

PIRAINO (A.). Le problème clinique de la vaccinothérapie intraveineuse de la typhoïde : 1) *Riv. son. siciliana*, XXIV, p. 1092, 15 oct. 1936 ; 2) *Ibid.*, XXV, p. 190, 15 fév. 1937 ; 3) *Ibid.*, XXV, p. 815, 15 juil. 1937.

— Sur l'application de la vaccinothérapie intraveineuse dans la fièvre typhoïde suivant les différents types de vaccin. *Policlino* (sez. prat.) t. 44, p. 1483, 2 août 1937.

REIBMAYR (H,) Ueber Impfstoffbehandlung des Typhus abdominalis auf intravenosen wege. *Munch. Med. Woch.*, p. 610, 4 mai 1915.

SOLLE (R.). Traitement des fièvres typhoïdes et parathyphoïdes B par vaccinothérapie intraveineuse. Etude biologique. *Thèse Méd.* Bordeaux, 1944.

TEAGUE (O.). et Helen MC WILLIAMS. Expériences se rapportant au traitement de la fièvre typhoïde par l'injection de vaccin antityphique dans les veines : 1) *Journ. of. Imm.*, 11 fév. 1917, pp. 167 à 215 ; 2) *Ibid.*, juin 1917, p. 375.

THIROLOIX et BARDON. Vaccin typhique intraveineux. *Bull. Soc. Méd. des Hôp.*, Paris, 18 juil. 1913., p. 108.

WIKULLIL (L. von), MEUMIGER (E.) et PERCHENTHAL. Sur les réactions de l'organisme humain après la vaccination typhique intraveineuse. *Wien. Klin. Woch.*, XLVII, p. 1264, oct. 1934.

WILLIAMS (Helen I. Mc). Traitement de la fièvre typhoïde par le vaccin typhique administré par voie intraveineuse : 1) *Medical Record*, 16 oct. 1915, p. 638 ; 2) *Journ. of Immun.*, t. I, avril 1916, p. 159.

ACTUALITÉS

COMITÉ MÉDICAL DE LA RÉSISTANCE

Nouveaux "Souvenirs de la Maison des morts" La pathologie de la déportation

Tout serait à reproduire de ce que les conférenciers du *Comité Médical de la Résistance* ont dit l'autre soir au grand Amphithéâtre de la Faculté devant une salle comble. Les auditeurs étaient préparés à beaucoup entendre, mais n'en sont pas moins sortis atterrés : photos répugnantes, narrations effroyables. Et pas de littérature ; le ton des exposés était mesuré, objectif, méprisant avec parfois une certaine honte à évoquer les horreurs — les ordures même — qu'il ne faut pourtant pas cacher. Comme y insistait à juste titre le Professeur R. Debré, il faut que le médecin, pour remplir son devoir social et moral, connaisse objectivement les faits et leur pathogénie et mesure dans son étendue et sa profondeur la perversion inouïe du cœur et de l'esprit dont ils dérivent. « C'est à douter que la Germanie ait jamais été chrétienne ! » La même préoccupation était à la base de la communication du Professeur Champy, commentant les exploits du Professeur Hirth, de Francfort-Strasbourg, vivisecteur-châtreur d'enfants et de sa bande de cinquante-cinq assistants que ni l'éducation première, ni leur formation médicale, ni un sursaut de propreté n'ont empêché de poursuivre pendant des mois leurs travaux.

L'enfer de Dante n'a été qu'un théâtre forain, Edgar Poë n'a conté que des rêvasseries de couventines ; le Professeur Plume et le Dr Goudron (du Grand-Guignol) et le Dr Moreau dans son Ile ne sont que des plaisantins. L'Allemagne — et pas seulement le nazisme — a fait mieux. Ce fut méthodique et les « plans préparés à l'avance » ont permis un rendement effroyable: pour le « tableau » d'Auschwitz-Birkenau seulement, les chiffres du Professeur agrégé Waitz sont de 4.400.000, chiffre probablement incomplet. Ce fut intégral aussi, car on ruinait les âmes avant même de venir à bout des corps.

La place nous manque pour insister sur le côté psychologique de ce cauchemar : le Professeur Richet, avec une discrète pudeur, M. Waitz aussi, ont esquissé cette psychologie du bagnard affamé et victime de l'entassement, abruti et agressif, voleur, parfois même assassin par déviation de l'instinct de conservation. Les faces de damnés en casaque zébrée dont M. Waitz nous a montré quelques-unes, laissent entrevoir quel univers de fantômes hallucinés ont pu réaliser certains blocs. Nous nous en tiendrons aujourdhui au côté physique de la question, sans taire cependant l'influence sur le terrain de la dépression morale née de la vie du bagne et de la séparation totale d'avec la famille et le milieu normal. La durée moyenne de la survie était de trois mois qui, à Buchenwald, suffisaient à tuer 13.000 détenus sur 40.000 et 12.000 sur 35.000 à Dachau, nous dit M. Richet. « A Auschwitz, disait M. Waitz, les S. S. savaient et disaient que tout déporté qui vivait plus de six mois était un escroc, vivant aux dépens de ses camarades. Si le moral était mauvais, la mort survenait plus vite, parfois en 1 mois 1/2 à 2 mois... Ceux qui avaient la chance de pouvoir se grouper : scouts, intellectuels, membres de la Résistance, extrémistes de gauche, se défendaient mieux et plus longtemps. »

La faim et la fatigue par insomnie et surmenage sont la base du système et allégeaient la tâche des chambres à gaz. L'amaigrissement atteignait vite 30 à 40 % du poids ; un sujet de 1 m. 75 s'allégeait à 45 ou 40 kgr. En toute saison, surtout par le froid favorable aux pneumococcies, ces organismes étaient un terrain de choix pour les infections qui y prenaient souvent un type clinique inhabituel. Les chemins du crématorium étaient cependant moins divers qu'on aurait pu croire ; la mortalité de Buchenwald pouvait, d'après les constatations de M. Richet, être

imputée pour 40 % à la tuberculose, 40 % à la pneumonie ; les 20 % restants aux autres affections, parmi lesquelles les streptococcies et, au premier plan, l'érisypèle. Les streptococcies ont également semblé particulièrement importantes et graves à M. Waitz. Les affections contagieuses, le typhus exanthématique, malgré des précautions à la fois rigoureuses et incomplètes — et abstraction faite des typhus expérimentaux — ont tenu, ainsi que les carences graves, une place importante.

Parmi les affections microbiennes, l'érisypèle fut à Buchenwald une des plus fréquentes (1.500 cas en moins d'un an pour 33.000 sujets. Mortalité élevée (15 % au début). A Auschwitz a été observée une forme particulière avec période fébrile pré-éruptive de 7 à 9 jours où la température oscillante était le seul symptôme. D'autres streptococcies érythémateuses ou suppurées étaient fréquentes aussi. La pneumonie, qui a atteint 12 à 13 % des sujets dans les blocs les plus encombrés, rappelait celle des noirs d'Afrique du sud par sa contagiosité et sa gravité ; celle aussi des lapins (!) à forme de pyosepticémie avec suppuration de plusieurs séreuses ou de toutes ; 3 morts sur 4 après traitement chirurgical, 4 sur 4 en cas d'abstention. La dysenterie bacillaire (à Flexner le plus souvent), fut fréquente pendant une brève période (3.500 cas à Buchenwald avec 50 % de mortalité). La tuberculose enfin — 40 % de mortalité — a sévi de façon continue, tuberculose bronchopneumonique à marche ultra-rapide, « sauvage », tuant en 3 à 4 semaines, particulièrement grave chez les épaves juives amenées de camps évacués en un exode à pied prolongé. Très nombreux et très graves aussi furent à Auschwitz les phlegmons, surtout fréquents aux membres inférieurs, favorisés par les excoriations de galoches et l'œdème habituel des extrémités. Prenant après un début insignifiant une brusque extension et donnant d'énormes décollements, ils duraient des semaines, débilitant profondément les sujets, récidivaient aisément et laissaient des cicatrices étendues et douloureuses. Une variété particulière était le phlegmon sous-pectoral à début latent.

La pathologie non microbienne avait aussi son cachet propre, où l'absence totale de rhumatismes, d'affections hépatiques et de manifestations diabétiques fut sans doute le seul « heureux effet » de l'affamement systématique.

Le froid, ennemi numéro 2, provoquait un syndrome spécial dénommé « kollaps », surtout fréquent lors des appels interminables par grands froids et vents humides ; c'était un état semi-comateux avec strabisme, bradycardie, bouche pâteuse, cessant par réchauffement et récidivant par le froid.

Les carences, dit M. Inbona, étaient en général associées, chose courante avec une ration de 1.100 calories environ et un déséquilibre savamment poussé, générateur d'œdèmes par déficit protéinique. En plus de l'hébétude, de l'asthénie physique et psychique des cas graves, comparables à celles des animaux d'expérience, on observait de la stomatite, de la glossite, de la pharyngite, Les avitaminoses B semblent avoir été parmi les plus fréquentes ; hypoesthésies dans tous les modes, aréflexie, hypomotricité, impossibilité même de se tenir debout ; hypotension profonde avec assourdissement des bruits du cœur, tableau de béribéri grave. Plus souvent, formes monosymptomatiques : énormes aphtes bucco-pharyngés disparaissant en quelques jours par la vitamine B, formes photophobiques avec lésions oculaires, réticuloses, pigmentations pellagroïdes, arrêt de croissance des ongles, susceptibilité aux infections.

Les formes graves atteignirent surtout ceux qu'aucune restriction alimentaire sérieuse antérieure n'avait préparés (cas des policiers danois résistants) ; les durs à cuire du bagne se défendaient mieux.

Les avitaminoses C, type scorbut, ont été moins fréquentes et moins graves ; les avitaminoses D se sont surtout traduites par la fréquence des caries dentaires, les crampes et soubresauts musculaires réalisant une tétanie fruste. Très nombreuses diarrhées d'origine carencielle.

Les autres diarrhées, proprement digestives, plus ou moins graves et réversibles et rappelant les troubles gastro-intestinaux du jeune enfant ont été fréquentes.

A noter les réactions spéciales de la peau, du tissu cellulaire, des muscles, en particulier une myalgie spéciale des adducteurs.

C'est à toutes ces misères qu'avec peu de moyens, ou même sans moyens, ont dû parer les médecins des camps. Et pourtant, en plus de leur action morale réconfortante inappréciable, il est aisé de deviner, sous le voile de discrétion dont ils s'entourent, l'importance de leur activité directement médicale. Il s'y est ajouté, en bien des cas, une action immédiatement salvatrice, parfois réitérée. C'est, en effet, grâce aux médecins dignes de ce nom, et en particulier aux médecins français, que bien des déportés, une ou plusieurs fois, ont échappé aux « revisions vétérinaires » périodiques ou inopinées des médecins S. S. et d'autres médecins indignes qui n'étaient même pas S. S., mais seulement kollaborateurs et pourvoyeurs des chambres à gaz.

Le devoir médical continue après la libération des camps. Nombreux sont les déportés intransportables et qu'il faut ressusciter sur place avant de les ramener. Parmi ceux qui nous sont rendus, il n'en est aucun, et M. Descomps le soulignait, dont la vie ne tienne encore à un fil.

Pour tous, c'est le repos et la réalimentation qui sont à la base de tout.

Pour le repos, la ligne de conduite formulée par M. Richet est simple et le verdict uniforme : minimum de quinze jours au lit, si possible à la campagne, loin des visites affectueuses, sans courrier amical ni téléphone angoissé.

La réalimentation est plus délicate. Quelques-uns, peu touchés, mangent et digèrent sans troubles graves. On peut après quelques jours les abandonner à leur vitalité et à leur voracité, avec quatre ou même cinq repas quotidiens et une bonne ration de lait. La résurrection est rapide et certaine.

Pour de plus touchés, il n'est pas de prudence excessive, mais les tâtonnements, avec l'élément équilibreur du lait, suffisent à remettre d'aplomb un mécanisme déréglé.

Lorsque la fonction est profondément atteinte, la réalimentation, même progressive, est source de déséquilibres mortels et révèle même dans toute leur gravité des avitaminoses encore masquées par le ralenti de la vitalité. Alors trouvent leur emploi les aliments prédigérés, hydrolysats de viande obtenus par la papaïne et les sucs pancréatiques, employés avec succès dans les famines des Indes et qu'il faut souhaiter voir fabriquer en France assez en abondance pour compléter des importations limitées.

Shockants par voie intraveineuse, ils sont administrés par voie digestive et à une cadence très ralentie : 100 cmc en 15 minutes quand le malade peut avaler ; goutte à goutte œsophagien par sonde nasale au cas contraire.

La ration quotidienne comprend 1 litre d'eau et 2 litres d'une solution aqueuse renfermant 50 gr. d'aliments prédigérés, 150 gr. de glucose et des vitamines (acide ascorbique, aneurine, lipoflavine : ââ 0,40).

On peut, à défaut, y suppléer dans une certaine mesure par du plasma sanguin de transfusion.

Tels sont les moyens puissants et pourtant aléatoires de remédier aux horreurs d'une barbarie sans exemple. L'histoire d'aucun temps ne relate une telle série de cruautés préméditées et ne parle d'aucun terrain d'expérience aussi « beau » que les camps S. S. du xxe siècle. Les massacres des tueurs des camps n'ont pourtant que terminé sur les corps ce que les avilisseurs avaient mené à bien sur les âmes. Le « menschliche material » du jargon médical allemand cessait d'être une simple expression scientifique.

R. LEVENT

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

18 *janvier*. — M. SURUGUE. — Du délai de révision dans la législation des accidents du travail.

M. MAIGNAN. — La duodénectomie rétrograde dans le traitement des ulcères duodénaux graves (technique d'indications).

M. CAILLOL. — Les indications actuelles des interventions sur le nerf phrénique.

M. COURTIN. — A propos des accidents nerveux d'origine pleurale.

31 *janvier*. — M. CHARTIER. — Première apparition d'un rhumatisme type Poncet après injection de tuberculine.

M. VERRIEZ. — Des accidents rénaux de la sulfamidothérapie.

M. DUSSAUX. — Un cas de luxation ouverte de l'épaule.

M. SÉNÉCHAL. — Sur un cas de péricardite chronique ayant évolué vers la constriction du cœur.

M. HUC. — Du dépistage du sulfocarbonisme professionnel.

M. DEBONNE. — Du traitement des septicémies à staphylocoques par la pénicilline.

1er *février*. — M. LAVAL. — Aspects cliniques et évolutifs de la tuberculose des sous-alimentés.

M. HYGONNET. — Contribution à l'étude étiologique des sclérodermies parathyroïdes et syphilis.

14 *février*. — M. NOUAILLE. — L'érythromélalgie et son traitement par le tartrate d'ergomaltine.

M. DEMONT. — A propos d'un cas de guérison d'une névralgie brachiale par le gardenal.

M. LEWISCH. — Les formes infectées et suppurées du cancer du premier âge. Des incompatibilités des sulfamides.

M. MARTIN. — Etat bicuspide et sténoses orificielles de l'aorte.

M. BONNET. — Sur un cas de prurigo-strophulus guéri par le régime albumineux.

M. VAN MALDER. — Une contribution à l'étude de l'asystolie.

15 *février*. — M. KIEFER. — Du diagnostic de la stérilité masculine.

M. POROTIN. — Avantages de l'hémodiagnostic rapide en médecine rurale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 8 MAI 1945

Célébration de la Victoire — L'Académie écoute avec joie, fierté et recueillement la radiotransmission de la proclamation du général de Gaulle et les hymnes alliés.

Dans une brève allocution, M. le Président BROUARDEL évoque ensuite le souvenir du temps révolu de l'angoisse et de l'espérance.

« Le jour de joie est venu. Le rêve d'hier s'est accompli. » La pensée demeure cependant fidèle à tant de morts, à tant de martyrs, à tant de misères passées et présentes et à tant de douleurs que la victoire ne peut soulager ni amener à leur terme.

Il évoque enfin les perspectives qui s'ouvrent devant la Compagnie et sa volonté de participer au relèvement de la patrie et au nouvel épanouissement de notre civilisation dans la liberté et la fraternité retrouvées.

Commission d'information sur les agissements durant la guerre des savants allemands. — Profondément émue par la récente communication de MM. CHAMPY et RISLER, et soucieuse de prévoir dès maintenant une ligne de conduite à l'égard des savants allemands en qui toute notion de moralité ou de simple humanité s'est étrangement obscurcie, l'Académie nomme une commission d'information composée de MM. H. Vincent, Balthazard, Champy, Baudouin, Ch. Richet, Fabre.

A propos de l'hygiène du lait. — Au nom de la Commission du lait et de l'alimentation, M. LESNÉ attire à nouveau l'attention sur les dangers accrus en saison chaude de contamination du lait laitier et sur la nécessité d'une ébullition précoce, prolongée et à l'occasion renouvelée, du lait parvenu aux foyers domestiques.

Il est maintenant possible, dans la région parisienne, de donner jusqu'à 18 mois aux enfants une ration quotidienne d'un litre de lait à 34 gr. de beurre au litre, pasteurisé, contrôlé, en bouteilles d'un litre, scellées et datées. Ce lait doit pourtant, dès débouchage et avant consommation, être soumis à l'ébullition.

La fabrication du lait concentré accrue et qui promet de s'accroître encore, permet de nourrir les intolérants jusqu'à 12 mois.

Le sud-est de la France, pauvre en bon lait, en reçoit pour tous les enfants de la première année ; il est à souhaiter que la fourniture en fût assurée jusqu'à 18 mois.

M. LENOIR insiste dans le même sens.

L'Académie adopte les *vœux suivants :*

1° Multiplier les ateliers de pasteurisation pour fournir dans toutes les collectivités urbaines, d'abord aux enfants, puis à tous, un lait à 34 gr. minimum de beurre au litre pasteurisé, contrôlé, conservé par le froid et livré en bouteilles d'un demi-litre et d'un litre ;

2° Distribuer plus largement le lait concentré pour remplacer les laits naturels défectueux, et pour le sud-est de la France en étendre le bénéfice aux enfants jusqu'à l'âge de 18 mois, le lait naturel très pollué de ces régions pouvant l'été être un danger mortel pour les nourrissons.

L'antagonisme microbien. — Les propriétés bactériostatiques, bactéricides et bactériologiques des filtrats de culture du bacille subtilis. — MM. G. RAMON, RICHOU et J. RAMON. — Une faible proportion de filtrat de culture de b. subtilis ajoutée au bouillon nutritif annihile la multiplication de certains germes, les prive de vie et les fait enfin disparaître par lyse. Ce pouvoir du filtrat de subtilis s'exerce à des degrés divers sur le bacille diphtérique, la bactéridie charbonneuse, le bacille de Preisz-Nocard, le bacille dysentérique (Shiga), etc... Des recherches sont en cours pour l'extraction de la « subtiline », principe actif, en vue d'essais ultérieurs en médecine humaine et vétérinaire.

Les accidents attribués aux injections médicamenteuses huileuses. Leur prévention. — M. BARBARY (de Nice). — On doit employer uniquement l'huile d'olives pure, lavée à l'alcool, s'entourer de la plus grande asepsie et pratiquer l'injection avec une extrême lenteur.

La déficience du paysan devant la tuberculose. — M. DURAND (présentation par M. CARNOT).

Un mode de transmission peu connu de la fièvre typhoïde. Contamination par le beurre. — MM. CAMBESSÉDÈS et BOYER (présentation par M. TANON). — Il s'agit de contamination au cours des manipulations et de mélanges par des beurres lavés avec des eaux suspectes. *Discussion :* M. MARTEL.

La grossesse n'est pas une cause de carie dentaire. — M. ROY.

SÉANCE DU 15 MAI 1945

Adresse de félicitations au Corps de santé militaire. — A l'occasion de la Victoire, sur la motion de M. ROUVILLOIS, l'Académie vote à l'unanimité l'adresse suivante :

« Au moment où la Victoire vient de couronner l'héroïsme et le sacrifice de nos soldats, qui n'ont cessé de combattre aux côtés de nos vaillants Alliés, l'Académie de Médecine, gardienne de l'honneur et des hautes traditions du Corps médical, adresse à tous les membres du Corps de santé militaire français des Trois Armes et à leurs chefs l'expression de sa reconnaissance et de son admiration.

» Elle associe dans cet hommage les Corps de santé des armées alliées auxquels elle adresse, ainsi qu'à leurs chefs, ses sentiments de très vive et cordiale sympathie. »

Eloge d'Elie Metchnikoff à l'occasion du centième anniversaire de sa naissance (16 mai 1845). — M. G. RAMON.

L'électroencéphalogramme des sciatiques. — MM. GUILLAIN, I. BERTRAND, MAZARS et Mme GODET. — L'examen électroencéphalographique de 25 sujets atteints de sciatiques graves a montré, chez 18 d'entre eux que le repos prolongé n'avait pas soulagés, un retentissement homo ou contro-latéral par rapport à la sciatique, sur le tracé électrique. Les excitations périphériques décèlent des hypertonies corticales latentes, parfois extraordinairement prononcées quant au potentiel et à la fréquence. Ces modifications semblent liées avec les phénomènes douloureux ; les sciatiques à retentissement homolatéral semblent relever de hernies du nucléus ou d'une tumeur du tronc sciatique. Le retentissement controlatéral ne semble pas relever d'une compression radiculaire par hernie discale.

Discussion : M. LHERMITTE.

A propos d'un voyage médical en Angleterre. — M. BAUDOUIN énumère les faits les plus marquants au point de vue documentaire et insiste sur l'importance de la réciprocité dans ce domaine.

Un nouvel insecticide : le D.D.T. — M. LORMAND (présentation par M. TANON). — Cette substance — le dichlorodiphényltrichloréthane — découverte par Zeider (1872), est employée dispersée dans une poudre inerte à un taux de 5 % ou en émulsion. Le D.D.T. agit sur les doryphores, les mouches et surtout les poux tués en 4 jours à une concentration de 0,001 %, beaucoup plus rapidement à concentration plus forte, dès même la sortie de la lente. L'activité du produit est durable. Un grand usage en a été fait à Naples en 1943, lors d'une poussée de typhus. La toxicité semble faible aux doses couramment employées, ou même nulle (2 gr. par kg. en solution aqueuse souscutanée, 0 gr. 17 par kg. « per os » chez les rongeurs).

Cancer latent métastasiant du corps thyroïde. — M. BASSET. — Quatre ans après intervention pour tumeur quasi latente du lobe gauche thyroïdien apparaissent trois métastases osseuses qui sont traitées chirurgicalement et radiologiquement. Aucun caracèr cythologique de malignité n'apparaît dans ces tumeurs de structure thyroïdienne évidente. L'auteur discute les indications thérapeutiques et les conceptions histologiques qui se rattachent à ces faits.

Election. — M. MONDOR est élu membre titulaire dans la section de Chirurgie en remplacement de M. Auvray, décédé.

Commission de démographie. — MM. DUHAMEL et Ch. RICHET sont adjoints à la Commission.

SÉANCE DU 22 MAI 1945

Nécrologie. — M. le Président annonce le décès de M. TIFFENEAU et prononce une brève allocution.

Sur un procédé destiné à empêcher la tourne du lait. — A la demande du ministère du Ravitaillement et au nom des Commissions du lait et de l'alimentation, M. TANON présente à l'Académie un procédé consistant dans l'adjonction d'un 10.000e par litre de microlysine (trichloronitrométhane pur) au lait. La tourne est empêchée durant 5 jours et les expériences d'essai prolongées concordent en faveur de l'innocuité du procédé. L'ébullition éliminerait toute trace de la substance ajoutée. Ce procédé permettrait, à titre exceptionnel, de mieux employer le lait des J3 et adultes.

A propos de la transformation en service de mutilés du centre tuberculeux de la Fondation Foch. — M. BEZANÇON, s'appuyant sur les documents recueillis par M. Monod, montre le danger pour la lutte antituberculeuse de réquisitions intempestives, désordonnées et qui témoignent de l'ignorance des besoins réels. Il y a là une désorganisation rapidement croissante et qui menace la lutte antituberculeuse dans le présent et dans l'avenir.

Discussion : MM. TROISIER, RIST, ARMAND-DELILLE, COURCOUX, DEBRÉ.

L'Académie adopte le vœu suivant présenté par MM. BEZANÇON et DEBRÉ :

« L'Académie, émue des réquisitions faites récemment ou en voie d'exécution et craignant que la lutte antituberculeuse, plus urgente que jamais, s'en trouve désorganisée, émet le vœu que toutes mesures soient suspendues jusqu'à ce qu'un dispositif interministériel ait réglé les réquisitions faites ou à faire des locaux destinés à soigner les tuberculeux et ait organisé les établissements de soins de façon à y recevoir simultanément les civils, les rapatriés et les militaires. » (*Adopté à l'unanimité.*)

Hématémèse foudroyante au cours d'ulcères de la face postéro-supérieure de l'estomac. — MM. Brulé, Gilbrin, Viguié et Camus. — Ces ulcus sont moins rares qu'il n'est classique, mais habituellement latents. Les hémorragies y sont rares. Les auteurs en ont cependant observé de cataclysmiques ou de répétées et qui furent à la longue mortelles. Transfusions, médications hémostatiques et traitement de l'ulcus furent impuissants, les artères demeurant béantes. Reste à essayer dans ces cas la gastrectomie forcément totale, la lésion siégeant au-dessus du cardia.

Utilisation des protides tissulaires pour la correction des insuffisances de la ration azotée. — M. M. Renaud. — Les restrictions de la ration protéique longtemps continuées sont les plus graves et leurs effets les plus difficiles à réparer. On le peut cependant en utilisant les protides des tissus animaux et du sang circulant comme le prouve l'expérimentation. L'emploi de telles protides tissulaires permet une suralimentation qualitative qui a donné de bons résultats chez des enfants et des tuberculeux. Elle permet la récupération de produits de boucherie et de laiterie habituellement et à tort inemployés.

Discussion : M. Martel.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 avril 1945

Cardiopathie congénitale. Rétrécissement de l'isthme de l'aorte. — MM. L. Zarakovitch et Jaïs.

Erythroblastose diagnostiquée grâce à la ponction splénique. — MM. L. Zarakovitch et Jaïs, grâce au splénogramme, ont pu affirmer l'existence d'une érythroblastose sur un malade atteint d'une splénomégalie avec une formule sanguine rappelant la leucémie myéloïde.

Kyste gazeux congénital. Emphysème obstructif ou emphysème atrophique. — MM. Jacob et Alison. — Chez un homme atteint d'une bulle géante sur la moitié inférieure du poumon droit et ayant présenté des crises de dyspnée paroxystique, les auteurs purent constater que le malade était atteint d'un emphysème atrophique.

Image arrondie thoracique ayant simulé un infiltrat rond. Neurinome antérieur vraisemblable au cours d'une maladie de Recklinghausen. — MM. Bernard, Weill et Vallin. — Homme de 45 ans, atteint d'une image suspecte du poumon gauche ayant nécessité un séjour dans un sanatorium et rappelant une image tumorale. Le malade était atteint d'une neuro-fibromatose dont l'image traduisait un neurinome antérieur développé aux dépens d'un nerf intercostal. Or, on sait que les neurinomes antérieurs sont exceptionnels.

Séance du 20 avril 1945

Septicémie staphylococcique traitée par la pénicilline : guérison. — M. Loigne (Amiens).

Septicémie pneumococcique post-pneumonique avec méningite suppurée et endocardite infectieuse. — MM. Picard, Boquien, Horeau, J. Kernéis (Nantes). — Observation d'une guérison par la pénicilline et la sulfaméthyldiasine.

Aspect clinique particulier de l'hémophilie. — Ses rapports avec l'anémie fébrile aiguë. — MM. Huber, Florand, Durand. — Observation d'un enfant de 15 mois chez lequel une phase classique d'anémie aiguë fébrile cryptogénétique fut suivie d'accidents révélateurs d'hémophilie et posent la question de la relation entre les deux états.

Sur un cas d'anurie mortelle chez les brûlés. — MM. Huber et Durand. — Etude complète d'une anurie survenue après une phase latente avec une reprise au 9e jour d'accidents anuriques ayant débuté le 6e jour et rétrocédé, accompagnée d'azotémie et de chlorogénie. A l'autopsie, néphrite aiguë glomérulaire.

Application de la méthode de la coloration vitale à l'étude cytologique des épanchements pleuraux. — MM. Castaigne et Laur, appliquant les colorations vitales aux leucocytes des épanchements pleuraux, ont constaté la vitalité fragile et atténuée de ces leucocytes. Le pourcentage des cellules vivantes peut renseigner sur le degré du processus inflammatoire.

SOCIETE DE MEDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

Séance du 8 mars 1945

Le traitement des syncopes par la manœuvre de Eve. — M. Benhamou.

La défense passive sanitaire. — MM. Moynier et Genaud. — La responsabilité de la défense passive, autrefois limitée aux conséquencees des attaques aériennes, s'est étendue aux suites de toutes les opérations militaires, et tout récemment à la protection contre l'incendie.

L'effort des services sanitaires de défense passive se traduit par l'organisation de :

5.000 postes de secours.
200 hôpitaux ;
1.500 ambulances, 14 trains autorails, 2 trains sanitaires.
5.000 équipes de premiers secours.

Et la fabrication de 2.000.000 de masques.

85.000 blessés ont été traités, 45.000 morts ont été dégagés.

Les pertes du personnel sanitaire de défense passive sont lourdes, non encore connues pour la totalité du territoire ; elles s'élèvent pour Paris, à 82 morts, 400 blessés, 16 disparus.

Nouveaux dispositifs de transport sanitaire et de traitement. — M. Genaud.

Un cas de spirochétose ictérigène avec complications oculaires. — MM. Ferrabouc, Bernier et Rozan.

Pénicilline et sérothérapie. — M. Kliszowski. — Du rapport de l'auteur, il ressort qu'il est possible qu'à fortes doses (au-dessus de 1.500.000 unités), la pénicilline sensibilise les défenses de l'organisme à l'action de thérapeutiques faites à des doses normales, le sérum n'étant responsable que si une maladie sérique apparaît. La question est posée, les biologistes pourront peut-être y répondre.

Radiothérapie des plaies de guerre dans un hôpital d'évacuation motorisé. — M. Robine.

Hépatonéphrite mortelle consécutive à une intoxication par le tétrachlorure de carbone. — M. Germain.

SÉANCE DU 12 AVRIL 1945

Le traitement des brûlures dans la R. A. F. — M. LAGROT. — Les traitements anciens sont à condamner.

Une fois sorti du shock traité par l'injection intra-veineuse abondante de plasma, le brûlé anesthésié est nettoyé, l'épiderme mort excisé. Après sulfamidage, un pansement tulle gras-sérum salé est posé. Les pansements ne doivent jamais se dessécher. Les jours suivants des bains salés sont donnés. Du 10e au 20e jour, la plaie est prête à être greffée avec de grands lambeaux épidermiques suivant des techniques remarquablement perfectionnées par les chirurgiens plastiques.

Au stade des rétractions, on dissèque et excise très largement la cicatrice et après hémostase très soigneuse et sulfamidage, on applique intimement une greffe cutanée cousue sur les bords.

Si le brûlé ne peut être traité rapidement dans un centre, on évitera l'infection secondaire en appliquant sur la plaie une crème antistreptococcique.

Sur quatre cas de scapulalgie épidémique. — M. LAHILLONNE.

A propos de l'apparition dans l'armée de nombreux cas de gingivo-stomatite ulcéreuse. — M. DUMALLE, recherchant l'étiologie de ces affections, accuse le manque d'hygiène bucco-dentaire, mais pense qu'il y a lieu d'ajouter à cette cause locale, qui manque quelquefois, un état de moindre résistance du sujet, et de sa gencive en particulier, à l'infection.

Dans bien des cas, cet état serait dû à une carence en vitamines (résultat des dosages, fréquence de l'association fusospirillaire, épreuve du traitement), d'où nécessité d'associer au traitement local, qu'il ne peut cependant jamais remplacer complètement, le traitement général par les vitamines et spécialement par l'emploi de Pantamine et de Nicobion.

Un cas de synostose vertébrale. Vérification anatomique. — M. TRIAL.

L'effet paradoxal de l'oxygène au cours des états anoxémiques. — MM. GRANDPIERRE et FRANCK. — Les auteurs, étudiant chez le chien chloralosé l'effet de l'inhalation brusque d'un mélange oxygéné au cours des états anoxémiques, ont observé dans ces conditions qu'il survient une apnée et une baisse de la pression artérielle. Ils attirent l'attention sur l'importance que ces troubles peuvent avoir au cours des applications physiologiques ou thérapeutiques de l'oxygénothérapie.

SOCIETE DE PEDIATRIE

SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1945

Sang rouge et sang blanc. Indications et contre-indications. — M. BENHAMOU.

Rœntgenthérapie immédiate des entorses et des traumatismes articulaires. — M. Jean DIDIÉE souligne l'intérêt considérable de l'irradiation systématique des entorses avec une dose de rayons X de 60 r. environ. Généralement, une seule séance suffit : l'effet sédatif est remarquablement constant et nettement plus durable que celui des infiltrations. Appliquée seule ou en combinaison avec d'autres procédés physiothérapiques, cette radiothérapie immédiate a, dans un nombre de cas dépassant la centaine, toujours considérablement réduit la période d'indisponibilité et hâté la récupération fonctionnelle complète.

Six cas de typhus exanthématique observés sur des prisonniers de guerre, contaminés en cours de vaccination (vaccin de Weigl). — M. B. MAUPIN.

Observation d'un cas de typhus exanthématique grave, soigné dans une infirmerie de stalag. — M. B. MAUPIN.

Diverticule pharyngo-œsophagien. Extirpation en deux temps. — MM. TALBOT et GRIOLET.

Trois cas d'intoxication par le tétrachlorure de carbone à bord d'un bâtiment. — MM. L. ANDRÉ, R. TEILLARD et BENELLI (marine). — Observations de 3 cas d'intoxication, dont l'un mortel, survenu chez des matelots ayant manipulé des pulvérisateurs remplis de tétrachlorure de carbone. Le tableau clinique était celui d'une néphrite aiguë avec oligurie prononcée. Le sujet qui succomba fit, en outre, une hépatite que seule révéla l'autopsie. Ces 3 cas n'étant pas isolés, il s'avère que le tétrachlorure de carbone est un agent de désinsectisation dangereux qui ne doit être utilisé qu'à l'air libre.

Action de la pénicilline sur le bacille pesteux. — MM. E. MAGROU et BRISOU. — *In vitro* : la pénicilline présente une action bactériostatique nette à très forte concentration (1.000 unités pour 10 cm³ de bouillon), mais elle n'a aucune action bactéricide.

In vivo : son action est nulle, aussi bien sur les souches avirulentes (E V 33) que sur les souches virulentes.

SÉANCE DU 20 MARS 1945

Sur trois cas d'hydrocéphalie ventriculaire obstructive traités par l'ouverture de la lame sus-optique. — MM. J. GUILLAUME et Ch. RIBADEAU-DUMAS rappellent que cette intervention a pour but de rétablir la communication entre les ventricules latéraux et les lacs de la base. Elle est donc uniquement indiquée dans les cas d'hydrocéphalie ventriculaire dont on a pu vérifier le caractère obstructif, à un stade suffisamment précoce, chez des enfants dont l'intelligence et la vision sont conservées. Ils ont opéré trois cas par ce procédé et ont toujours noté la cessation d'accroissement du volume de la tête ; dans deux cas, en outre, ils ont cru observer de bons résultats sur le développement de l'intelligence.

Bromides géantes de la face chez un nourrisson de 7 mois. — MM. M. LELONG, R. JOSEPH, GIRAULD et SCHAINES présentent un nourrisson de 7 mois atteint, à la suite de l'ingestion prolongée d'une potion contenant 0 gr. 30 par prise de bromure de sodium, de bromides papulo-tuberculeuses végétantes de la face, de dimensions considérables et particulièrement saillantes. Ces lésions ont débuté brusquement, dès l'ingestion du médicament et ont persisté et même augmenté malgré la fin de son administration et de son élimination urinaire.

Un nouveau cas de nanisme rénal avec malformation des voies urinaires. — MM. R. CLÉMENT, MARCEL et GODLEWSKI rapportent l'observation d'un enfant de 6 ans, mesurant 88 cm. et pesant 10 kg., ne présentant aucun signe de rachitisme, chez lequel l'exploration rénale mit en évidence une mégavessie, une dilatation bilatérale des uretères et des malformations rénales. Il fit à la suite des accidents d'infection urinaire et une crise d'anurie à laquelle il succomba malgré une néphrostomie et la décapsulation du rein opposé. L'autopsie confirma les données de l'examen urologique et montra de plus l'existence d'une sclérose rénale discrète sans dysembryoplasie.

Considérations urologiques sur les troubles de la croissance chez l'enfant. — M. MARCEL expose les résultats de vingt examens urinaires pratiqués chez des enfants atteints de retard de croissance et ne présentant pas de syndrome urinaire évident. Il a trouvé dans cinq cas des malformations excrétrices certaines et dans quatorze cas des altérations rénales. Il conclut à la nécessité d'un examen urologique chez tout enfant présentant des troubles de la croissance.

INTERETS PROFESSIONNELS

Comuniqué du Conseil des Médecins du départemnt de la Seine

Paris, le 19 mai 1945

Le Conseil des Médecins de la Seine reçoit la circulaire ci-dessous du Conseil Supérieur relative à la déclaration du typhus.

MON CHER CONFRÈRE,

Le ministre de la Santé nous demande de bien vouloir attirer votre attention sur le danger que risque de faire courir à la population française le retour des rapatriés atteints de typhus et porteurs de poux.

Bien que les mesures de dépistage et de désinfection soient appliquées au cordon sanitaire frontalier ou dans les centres d'accueil, il est à craindre que certains rapatriés échappent à ce contrôle.

C'est donc dans les communes de résidence des rapatriés qu'une surveillance complémentaire doit être réalisée. D'ailleurs quelques cas heureusement encore isolés de typhus exanthématique ont été constatés en France.

En conséquence, l'attention des médecins doit être attirée sur la nécessité de dépister le typhus même sous ses formes plus ou moins typhiques.

Toute pyrexie suspecte (grippe, courbature fébrile, surtout s'il s'y associe un exanthème, état typhoïde), survenant chez un rapatrié depuis moins de quinze jours, devra immédiatement faire l'objet d'une enquête médicale, de recherches de laboratoire (réaction de Weil-Félix) et de mesures prophylactiques.

La déclaration de la maladie et l'isolement des malades sont les premières mesures à réaliser.

Tout médecin appelé à constater un cas pareil de typhus exanthématique devra en faire la déclaration à l'inspecteur de la Santé dans les plus brefs délais par téléphone ou télégramme en précisant s'il s'agit d'un cas certain, ou probable, ou suspect.

Si le cas est certain ou probable, le médecin doit :

1° Demander au maire de faire procéder à l'hospitalisation d'office avec naturellement isolement strict dans une salle réservée exclusivement à ces malades ;

2° Confirmer par lettre à l'inspecteur de la Santé.

Si le cas est suspect, le médecin reste juge de l'hospitalisation. De toute façon, il fait d'emblée la déclaration à l'inspecteur de la Santé en précisant si l'hospitalisation a été réalisée ou non. Dès confirmation du cas suspect, il adresse la carte-lettre habituelle.

Les dépenses résultant du transport des malades sont à la charge de l'Etat en application de l'article 16 du décret du 4 octobre 1939 sur les mesures exceptionnelles d'hygiène motivée par l'état de guerre.

Les frais d'hospitalisation seront également supportés par l'Etat au titre du même décret s'il s'agit de rapatriés rentrés en France depuis moins de vingt jours.

Le secrétaire général,

Dr PLICHET.

Association générale des Médecins de France. — Bourses familiales du corps médical (fondation de M. le Dr Roussel). — Il est rappelé que des bourses annuelles de 10.000 francs ont été créées par le Dr Roussel, en faveur des médecins ayant au moins cinq enfants et des veuves en ayant trois à leur charge, et dont la situation est particulièrement digne d'intérêt.

Comme les années précédentes, les demandes devront être adressées au siège de l'Association générale des Médecins de France, 60, boulevard de La Tour-Maubourg, Paris (7e), pour le 15 juin au plus tard.

Les confrères ou veuves qui se sont déjà mis en instance devront avertir par lettre du maintien de leur candidature pour 1944.

La Maison du Médecin

L'assemblée générale annuelle de la Maison du Médecin s'est tenue le lundi 7 mai 1945, à son siège social, 60, boulevard de La Tour-Maubourg, à Paris (7e), sous la présidence du Prof. Laignel-Lavastine, qui prononça l'éloge de son regretté prédécesseur, le Prof. B. Cunéo.

Bien peu de confrères connaissent cette œuvre si intéressante qui assure aux médecins infortunés une vieillesse tranquille. Tous devraient avoir à cœur d'y apporter leur contribution.

Pour tous renseignements s'adresser au Dr Louis Régis, secrétaire général adjoint, 60, boulevard de La Tour-Maubourg, Paris (7e). Téléph. : Invalides 39-98. C. C. postaux Paris 391-46

CHRONIQUE

Remise d'une médaille à M. le Professeur C. Levaditi à l'occasion du 25e anniversaire de la Bismuthothérapie

Dans la salle des conférences de l'Institut Alfred-Fournier, se sont réunis, lundi 14 mai, les admirateurs, les amis, les élèves du Prof. Levaditi, assistance que la salle, pourtant grande, contenait malaisément. Seul manquait M. Milian, président du Congrès de la Bismuthothérapie, mais que la maladie n'empêcha pas d'écrire et de la meilleure encre, ses regrets et son amicale admiration pour l'œuvre de celui qu'il ne fêtait que de loin.

Le Prof. Gougerot évoque la victoire, ses gloires, ses deuils passés et présents et les devoirs qu'elle crée aux Français ; il évoque aussi le souvenir de ceux qui ont souffert et de ceux qui ne souffrent plus.

M. Levaditi prend alors la parole ; à l'en croire c'est à Balger et Portes, en 1878, c'est plus tard et surtout à Benjamin Santon, héroïque victime de la première hécatombe mondiale et à Louis Fournier, que la Bismuthothérapie devrait le plus. Conception discutable mais à laquelle l'assistance doit d'entendre quelques belles pages de M. Levaditi et de M. Brindeau, fidèle lui aussi à la mémoire du modeste et grand clinicien que fut Louis Fournier.

L'Institut Alfred-Fournier d'aujourd'hui apporte son reconnaissant hommage par la voix de M. Vieuchange et de M. Bonnet-Maury qui évoquent devant l'auditoire les problèmes passionnants et ardus dont M. Levaditi sait faire parallèlement progresser l'éclaircissement : ultravirus, ectodermoses neurotropes, bactériologie et thérapeutique de la syphilis, allergie, neurotropismes, développement passé et expériences non encore épuisées de la Bismuthothérapie.

M. Sicard de Plauzoles, directeur de l'Institut Alfred-Fournier, à son tour, ajoute à l'hommage de tous quelques souvenirs et quelques détails vécus. C'est à lui qu'incombe de présenter à M. Levadité une magnifique médaille commémorative. En une matière durable, le maître-graveur Lavrillée a su fixer les traits et même le regard sans les immobiliser et son art a su conserver à l'effigie la vie intense sans laquelle manquerait ici toute ressemblance.

R. L.

Imp. Tancrède, 15, r. de Verneuil, Paris (VIIe) Dépôt légal. — 1945. — 2e Trim. — N° 1. — Le Directeur-Gérant : F. Le Sourd.

N° 12. — 15 JUIN 1945 — 118e ANNEE — Ce numéro : 4 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 100 fr. Etudiants, 50 fr. ; Etranger, 150 et 180 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de Médecine de Paris

Acceptation de legs. — Un décret du 23 mai 1945 autorise le doyen de la Faculté de Médecine à accepter, sous bénéfice d'inventaire, le legs universel fait à la Faculté par Mme veuve Thébault, née M.-J.-H. Langlet, en faveur de la fondation pour le développement de l'Institut du Cancer.

Facultés de province

Alger. — M. Lacroix, agrégé pérennisé, a été nommé professeur sans chaire.

Lyon. — M. Wertheimer, agrégé, a été nommé professeur titulaire (en surnombre).

Croix-Rouge Française

— M. le Dr Bonnet professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris est nommé directeur général de la Croix-Rouge Française.

— Le Conseil d'administration de la Croix-Rouge française est composé notamment de M. le Prof. Justin-Besançon, président de la Croix-Rouge française.

— M. le Médecin général inspecteur Sicé, des troupes coloniales et le prof. Milliot, vice-présidents.

— Le Dr Etienne Bernard, le prof. Debré, le Dr Georges Brouardel, Mme le Dr Bertrand-Fontaine, le Dr Aujaleu, le médecin colonel Debenedetti, le médecin général inspecteur Jame, le médecin général de la marine, Le Chuiton, le médecin général Vaucel, des troupes coloniales, membres.

Santé publique

Inspection de la santé. — Mme le Docteur Toye est nommée médecin inspecteur intérimaire de la santé dans le département des Alpes-Maritimes, au maximum pour la durée des hostilités.

— M. le Dr Duverdier est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la santé de la marine, au maximum pour la durée des hostilités.

— M. le Dr Tourteau, ancien médecin inspecteur de la santé de la Gironde, relevé de ses fonctions en 1941, est réintégré dans les cadres en qualité de médecin inspecteur adjoint de 1re classe.

— M. le Dr Leconte, ancien médecin inspecteur de la santé de l'Allier, relevé de ses fonctions en 1942, est réintégré dans les cadres en qualité de médecin inspecteur adjoint et affecté au Puy-de-Dôme.

— M. le Dr Viette, ancien directeur régional à Nantes, relevé de ses fonctions en 1941, est réintégré dans les cadres en qualité de médecin inspecteur de la santé hors classe.

— M. le Dr Barailhe est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la santé dans le Lot-et-Garonne.

— M. le Dr Fellonneau est nommé méd. insp. adjoint intérimaire de la santé dans le département de la Loire-Inférieure, au maximum pour la durée des hostilités.

— Mme le Dr Weil-Raynal (Marianne) est nommée médecin inspecteur adjoint intérimaire de la santé dans le département de l'Oise, au maximum pour la durée des hostilités.

— Mlle le Dr Krauer est nommée méd. insp. adjoint intérimaire dans le département du Gard, au maximum pour la durée des hostilités.

— Mlle le Dr Casalis est nommée médecin inspecteur adjoint intérimaire de la santé au maximum pour la durée des hostilités à compter du 1er janvier 1945.

Médecins phtisiologues. — Un concours sera ouvert le 23 juillet 1945, au ministère de la santé publique, pour l'obtention du titre de médecin phtisiologue des services publics. Le nombre des places mises au concours est fixé à quarante.

Les inscriptions seront closes le 23 juin 1945.

Pour tous renseignements, les candidats devront s'adresser à la direction du personnel (2e bureau, 1re section), 7, rue de Tilsitt, Paris (17e).

Il est signalé que trente-cinq postes sont réservés en vue d'un nouveau concours qui aura lieu à la fin de l'année 1945, de manière à sauvegarder les droits des prisonniers et déportés rapatriés d'Allemagne et ceux des mobilisés.

Aide médicale temporaire aux prisonniers et déportés. — Une ordonnance numéro 45-1069, du 26 mai 1945, parue au Journal Officiel du 27 mai, institue une aide médicale temporaire en faveur des prisonniers et déportés. Cette aide est à la charge de l'Etat pendant les neuf mois qui suivent le retour en France.

Pour les soins aux rapatriés non assurés sociaux, les honoraires des médecins, chirurgiens et dentistes sont réglés aux praticiens sur la base des tarifs fixés par l'ordonnance n° 45-319 du 3 mars 1945, ou, à défaut, sur la base du tarif de responsabilité de la caisse départementale d'assurances sociales. Les tarifs syndicaux homologués et les tarifs de responsabilité sont frappés d'un abattement de 20 p. 100.

Exercice de la pharmacie. — Le Journal Officiel du 24 mai 1945 publie l'ordonnance n° 45-1014, du 23 mai 1945, modifiant la loi provisoirement applicable du 11 septembre 1941, relative à l'exercice de la pharmacie, et constatant la nullité des lois provisoirement applicables du 24 février et du 31 juillet 1942, modifiant et complétant la loi provisoirement applicable du 11 septembre 1941.

Intérieur

Médaille d'honneur des épidémies. — ALGER. — Médaille d'argent : Dr Padovani, à Sidi-Aïssa ; Dr Torner, à Birtoula.

CONSTANTINE. — Médaille de vermeil : Dr Olivier, à Châteaudun-du-Rhumel ; docteur Thoviste, à M'Sila.

Médaille d'argent : Dr Bouchet, à Oued-Athménia.

Médaille de bronze : Dr Flottes, à Constantine.

Mention honorable : Dr Geikala Messaoud, à Bône ; Dr Tubiana, à Bône.

ORAN. — Médaille d'argent : Dr Bernard, à Pont-de-l'Isser ; Dr Surin, à Saint-Lucien.

Education Nationale

Représentation élue des étudiants. — Un décret, n° 14-1057, du 16 mai 1945, institue une représentation élue des étudiants dans toutes les facultés et écoles d'enseignement supérieur public relevant du Ministère de l'Education Nationale.

Ces élections auront lieu au scrutin de liste (cinq délégués dans chaque faculté ou école). Chaque année dans la première quinzaine de décembre. Le vote sera secret.

Les délégués participeront notamment aux délibérations du Conseil de l'Université pour les affaires disciplinaires. Ils par-

ticiperont aux travaux des comités de prêt d'honneur.

Muséum national d'histoire naturelle. — La chaire de cryptogamie et la chaire d'anatomie comparée sont déclarées vacantes (J. O., 25 mai 1945).

Ministère du travail

Médecins experts et surexperts. — Un arrêté, en date du 21 avril 1945 (J. O. du 11 mai 1945), fixe la rémunération des médecins experts et surexperts des centres de réforme :

1° Examen en vue d'une pension, 25 fr. par chaque expert et par expertise dans la limite d'un maximum de 100 francs par heure de travail ;

2° Surexperts : 50 fr. et limite de 200 fr. par heure ;

3° Médecins vacateurs : 25 fr. la visite y compris le certificat, s'il s'agit d'une expertise ; 50 fr. s'il s'agit d'une surexpertise.

Indemnité de dérangement : 30 fr. pour une heure et 15 fr. par demi-heure supplémentaire.

Guerre

Rappel à l'activité. — Est rappelé à l'activité et maintenu dans son emploi : M. le médecin colonel Melnotte (Pierre, Eugène, Marie), du cadre du corps de santé militaire, précédemment rappelé à titre provisoire (a été nommé médecin général à titre temporaire par décret du 18 janvier 1945 pour prendre rang du 25 décembre 1944).

Corps de santé militaire. — M. le Médecin général Chaumet est placé dans la 2e section, réserve, du corps de santé militaire.

Concours pour l'admission à l'école de santé militaire de Lyon en 1945. — Ce concours aura lieu les 26 et 27 juin 1945, à Paris, Lille, Nancy, Dijon, Strasbourg (éventuellement), Lyon, Clermont-Ferrand, Bordeaux, Marseille, Toulouse, Montpellier, Poitiers, Angers, Rennes, Rouen, Alger, Beyrouth.

Il sera ouvert, sous certaines conditions, aux étudiants en médecine et pharmacie seulement.

S'adresser au Ministère de la Guerre (direction générale du service de santé), 231, boulevard Saint-Germain, Paris, ou aux directions régionales du service de santé (J. O., 24 mai 1945).

Croix de la Libération

— Le médecin colonel Alfred Rellinger.
— Le médecin capitaine Guenon.
— Et à titre posthume, le médecin capitaine Yves Hervé.

Citations à l'ordre de l'armée

— Médecin lieutenant Napler (Victor), Ne bataillon médical.
— Médecin auxiliaire Quinot (Georges), Ne bataillon médical.
— Médecin auxiliaire Tardieu (Gilbert), Ne bataillon médical.
— Médecin capitaine Niaud (Raymond), Ne bataillon médical.
— Médecin lieutenant Bourdet (P.-M.-E.), Ne Div. Inf. algérienne.
— Médecin auxiliaire Courtois (Eugène), Ne bataillon médical.
— Médecin auxiliaire Vidal (Jean-Claude), Ne bataillon médical.
Méd. lieut. de Saint-Julien, du Ne régiment de tirailleurs.
— Médecin capitaine Martin (R.-J.-S.), Ne bataillon de marche.
— Médecin commandant Orsini (M.-L.-T.), Ne brigade.
— Médecin auxiliaire Trabut (L.), du Ne R. C. P.
— A titre posthume, médecin auxiliaire Pigaud (F.-Y.-E.), du Ne corps d'armée.

Colonies

Conseil supérieur de la recherche scientifique coloniale. — Sont nommés membres de ce Conseil : MM. les Prof. Bœuf, Bressou, Auguste Chevalier, Dupont, R. Heim, Jacob, Jeannel, Morain, Robequain, Téissier, Trefouel, Urbain, André Mayer.

Le 9e congrès français de gynécologie aura lieu à Paris, les 6, 7, et 8 octobre 1945, sous la présidence de M. E. Douay, président de la Société Française de Gynécologie.

Question à l'ordre du jour : « Le fibrome utérin ». Huit rapports seront présentés. Le rapporteur général est M. le professeur agrégé André Chalier, de Lyon.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétaire général, M. Maurice Fabre, 1, rue Jules-Lefebvre, Paris (9e).

L'Association générale des Médecins de France à ses bienfaiteurs. — Caisse d'assistance médicale de guerre. — L'Association générale des Médecins de France, 60, boulevard de La Tour-Maubourg, Paris (7e arrond.), recommande d'urgence aux confrères généreux sa caisse d'assistance médicale de guerre, dont les charges s'accroissent en raison du nombre élevé de médecins sinistrés ou déportés (compte courant postal, Paris 186-07).

Pour la réadaptation de l'enfant. — L'assemblée générale annuelle de l'Œuvre de la Réadaptation de l'Enfant et des Centres sociaux de rééducation Gérard de Parrel, s'est tenue le 8 mai 1945, au siège social, 13, rue de l'Ancienne-Comédie, à Paris, sous la présidence de M. Jules Franceschini, directeur honoraire à la Préfecture de la Seine, cofondateur de l'œuvre. Après les comptes rendus du secrétaire général et du trésorier, approuvés à l'unanimité, Mme Louise Matha-de Parrel, fondatrice-directrice générale des centres, a présenté un rapport émouvant sur les premières années de l'œuvre et sur l'activité des organisations médico-sociales au cours de l'année 1944. Puis le Dr de Parrel, médecin-chef des centres, a résumé l'effort poursuivi depuis dix ans dans les centres sociaux de rééducation en faveur des enfants déficients de toutes catégories : 12.000 malades ont été examinés ; 350.000 séances individuelles de réadaptation ont été données à 3.457 enfants sourds, dyslaliques, retardés de l'intelligence et du langage, instables, incoordonnés psycho-moteurs du type bégayeur ou bredouilleur, insuffisants respiratoires ; 2.000 séances collectives de rééducation psycho-motrice ont été dirigées personnellement par Mme Matha, qui en a conçu les principes et établi la technique d'application : 40 à 60 enfants participent chaque jour à cette séance de deux heures. De tels chiffres, complétés par ceux qui indiquent les pourcentages de récupération familiale, scolaire ou sociale, démontrent l'importance exceptionnelle de la tâche accomplie par Mme Matha et ses assistantes et témoignent de la haute qualité des résultats obtenus.

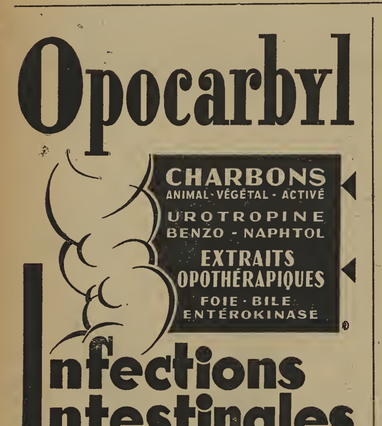
Nécrologie

— Le Dr Laquerrière, électro-radiologiste des hôpitaux de Paris, professeur à l'Université de Montréal (Canada).
— Le Dr C. Dambrin, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur honoraire de clinique chirurgicale à la Faculté de Toulouse.
— Le Dr Henri Leconte, décédé à Paris, 3, rue Hamelin.
— M. Henri Carteret, pharmacien à Paris, chevalier de la Légion d'honneur.

LIVRES NOUVEAUX

Les régimes des gastropathes, par le Prof. Paul Carnot. « Les thérapeutiques nouvelles », un vol. grand in-8° de 128 pages. Prix : 40 francs. J.-B. Baillière et fils, éditeurs, Paris, 1943.

La pratique du traitement du diabète, diététique, insuline, recherches de laboratoire, par Jean Baumel, professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier. 167 pages. Prix : 25 francs. Sélection médicale et scientifique (Les Archives hospitalières), 1, place d'Iéna, Paris (16e).


Opocarbyl
CHARBONS
ANIMAL - VÉGÉTAL - ACTIVÉ
UROTROPINE
BENZO - NAPHTOL
EXTRAITS
OPOTHÉRAPIQUES
FOIE - BILE
ENTÉROKINASE
Infections
Intestinales
LABORATOIRES ROUX. 60, ROUTE DE CHATILLON. MALAKOFF (Seine)
LA DÉESSE O.1


Contre les HELMINTHES
- OXYURES - ASCARIS -
PHENEGIC
ENFANTS
PHÉNÉGIC en PAQUETS
Par jour, pendant 3 jours jusqu'à 2 ans : 1/4 de Paquet.
2 à 6 ans : 1/2 Paquet.
6 à 12 ans : 1 Paquet mêlé à un peu de Confiture, Bouillie, Compote, Purée — Le matin à jeun.
ADULTES
PHÉNÉGIC COMPRIMÉS
Adolescents : 5 comprimés par jour pendant 3 jours.
Adultes : 6 comprimés par jour pendant 3 jours. Avalés, Croqués ou délayés dans un peu d'eau. — Le matin à jeun.
Egic
A BASE DE
DIBENZOPARATHIAZINE PURE (PHENOTHIAZINE)
L'ÉQUILIBRE BIOLOGIQUE
COMMENTRY (ALLIER)
PH. 2

REVUE GÉNÉRALE

Evolution du traitement médico-chirurgical des empyèmes

par le Professeur E. Mériel (Toulouse)

Si l'on avait demandé, il y a 25 ans, quelle était la conduite à tenir en présence d'une pleurésie purulente aiguë, la réponse n'eût pas été douteuse. Les classiques (Tillaux, Peyrot, Bouveret, Küster) nous disaient que « la pleurotomie précoce et bien conduite reste encore la meilleure prophylaxie de la chronicité, de la suppuration de la fistule » (Forgue et Reclus), ce qui revient à dire que toute pleurésie purulente aiguë diagnostiquée par une ponction exploratrice devait être opérée sans tarder. Cette opinion ressortait de la statistique établie par Et. Cestan en 1898 (*Thérapeutique des empyèmes*). Telle fut, en effet, la règle jusqu'en 1918 ; mais les insuccès qui résultèrent alors de ces pleurotomies précoces donnèrent à réfléchir, et la question changea aussitôt de face. Le traitement médical, jusqu'alors écarté, reprit la priorité sur le traitement chirurgical ; les acquisitions nouvelles en chimiothérapie (sulfamides, pénicilline), sont venues confirmer cette position, si bien qu'on peut aujourd'hui parler sans hésiter d'un traitement médical précédant ou même remplaçant parfois l'acte opératoire. Les faits sont là, assez nombreux actuellement, pour permettre de juger la valeur de ces médications nouvelles ; ce sera l'objet de cet article.

Il convient déjà de reconnaître que les pleurésies purulentes aiguës sont devenues moins fréquentes depuis que la sulfamidothérapie est appliquée systématiquement aux affections pulmonaires. Grâce à son action directe sur les germes infectieux, on vient ainsi en aide à la mauvaise défense naturelle de la séreuse pleurale vis-à-vis de l'infection, d'où effet rapide sur l'état général.

D'autre part, la connaissance bactériologique de la nature de l'épanchement pleural est venue apporter à la thérapeutique des indications utiles propres à établir la succession ou la prééminence du traitement médical ou chirurgical, et montrer même que le traitement médical anti-infectieux (sulfamidothérapie) est capable de donner à moins de frais une guérison rapide et meilleure.

A côté des pleurésies purulentes gangréneuses ou traumatiques qui imposent une pleurotomie d'urgence, associée au sérum antigangréneux polyvalent, il existe d'autres pleurésies plus nombreuses (grippale, à pneumo, à strepto, à staphylo), où la lésion pleurale est dominée par des lésions pulmonaires en pleine activité, où le traitement médical a conquis maintenant la première place ; le traitement chirurgical ne viendra que plus tard, pour évacuer les déchets non résorbables. Il suffit de se rappeler qu'une suppuration pleurale est le plus souvent associée à une lésion pulmonaire (cortico-pleurite), que dans certains cas, cette pneumopathie l'emporte sur l'élément pyothorax pour comprendre qu'il faut traiter d'abord la localisation pulmonaire dominante, et n'aborder la collection purulente que lorsque l'infection du poumon aura été enrayée dans son évolution. La haute mortalité des pleurotomies précoces, lors de la pandémie grippale de 1918, est là pour nous le rappeler. Ce sont là des données bien acquises aujourd'hui, que nous ne faisons que rappeler.

Nous avons déjà mentionné que la ponction suivie d'examen bactériologique du pus pouvait fournir de précieuses indications thérapeutiques. Or, les pleurésies purulentes primitives, dès que le diagnostic clinique et bactériologique est assuré par la ponction, doivent être traitées médicalement (J. Lecœur). Le traitement chirurgical, ajoute-t-il, ne doit être réservé qu'à quelques cas d'exception et aux cas d'échec du traitement médical. Celui-ci comporte essentiellement la sulfamidothérapie et la ponction. Cette sulfamidothérapie sera instituée comme traitement général (*per os*), seul ou conjointement avec une sulfamidothérapie locale (injection intra-pleurale ou lavages pleuraux sulfamidés). Elle peut à elle seule suffire, puisque déjà en 1939, Trompeker dans sa thèse, réunissait 25 cas de guérison sans pleurotomie de pleurésies purulentes à germes divers. D'autres nombreux cas ont été publiés depuis, et si encourageants que de Sèze et Lévy-Valensi ont pu dire que « la guérison médicale d'une pleurésie purulente streptococcique est devenue une éventualité fréquente sur laquelle on a le droit de compter. Eviter l'intervention chirurgicale, et non pas seulement refroidir la pleurésie purulente, c'est le but vers quoi tend le médecin quand il soumet son malade à la chimiothérapie sulfamidée ». Le traitement médical seul, affirment-ils même, peut venir à bout des pleurésies purulentes.

Cette sulfamidothérapie doit réaliser plusieurs qualités. Elle sera mise en œuvre dès le diagnostic clinique et bactériologique posé, c'est donc dire qu'elle doit être précoce. Elle doit, de plus, agir de façon massive. De plus, elle associera le rubiazol, beaucoup moins toxique que le 1162 F, et le sulfathiazol. Enfin, elle sera continue, du fait de l'élimination rapide des sulfamides. D'ailleurs, celle-ci pourra être contrôlée par le dosage des dérivés sulfamidés dans le sang et les urines.

La médication pourra se faire par voie buccale (en comprimés), qui n'est pas cependant d'une efficacité très régulière, mais surtout par injections parentérales. Pour ce dernier mode d'introduction, il y aura intérêt à utiliser des doses relativement concentrées. Cependant la solution de 1162 F à 0,8 % à haute dose apporte une réhydratation salutaire. Certains lui préfèrent les solutions à 20 ou 33 % de sulfathiazol ou de sulfapyridine.

En injections locales, on donnera la préférence à un corps diffusant peu pour maintenir le plus longtemps possible la concentration élevée dans la plèvre infectée. Celle-ci est en effet assez imperméable, et les échanges se font mal entre elle et les tissus de l'organisme, ce qui permettra à l'apport local sulfamidé de s'y maintenir. C'est ce qui explique qu'on recherche l'emploi de solutions assez concentrées (solution à 0,8 % de septoplix).

Il faudra, en outre, employer un corps sulfamidé dont le pH sera voisin de celui du milieu intérieur, entre 7 et 8 si possible, car il est des dérivés de sulfamides qui sont caustiques du fait de leur pH élevé.

Par ponction, on évacuera donc au point déclive la plus grande quantité possible de liquide purulent, après quoi on injectera dans la cavité la solution de 1162 F ou de rubiazol. Les injections seront répétées plusieurs fois dans la même journée, étant donné la rapidité d'élimination des sulfamides ; d'autre part, certains ont cependant abandonné la pratique des lavages de la plèvre, à cause des risques de choc sur des malades fatigués.

Dans les formes subaiguës, l'action de cette thérapeutique se manifeste par une disparition de la dyspnée et l'amélioration de l'état général. L'état local est plus lent à se modifier, car l'épanchement se reproduit et nécessite de nouvelles ponctions. Toutefois, l'examen bactériologique du pus montre une évolution vers l'aspect séreux.

Chez les enfants en général, la pleurésie d'aiguë devient subaiguë et guérit. Mais toutefois si, après 3 ou 4 jours de traitement médical, on ne voyait pas survenir l'amélioration attendue, on devrait cesser les ponctions et recourir au traitement chirurgical, la pleurotomie.

C'est également à ce traitement chirurgical qu'il faudrait s'adresser dans les formes suraiguës ou aiguës, vues trop tardivement, accompagnées d'un état général grave. Néanmoins, il sera toujours utile d'associer à la chirurgie la sulfamidothérapie.

Il en résulte que dans ces deux formes subaiguë et aiguë des pleurésies primitives, le traitement chirurgical ne s'appliquera plus qu'aux échecs du traitement médical.

Dans les pleurésies purulentes secondaires à strepto, une intervention chirurgicale précoce déterminerait une aggravation des lésions pulmonaires suivie même de mort (Netter). En pareil cas, la thérapeutique devient très délicate, et doit s'adapter aux aspects cliniques de la pleurésie (Lecœur). En effet, dit ce dernier, la pleurésie peut n'apparaître que comme un épi-phénomène chez un malade qu'on surveille pour son foyer pulmonaire. Le traitement primordial sera donc celui de ce foyer, et l'on assistera à la disparition de cet épanchement traité dès son apparition. Mais s'il s'agit d'une pleurésie importante avec signes fonctionnels et généraux graves, le pronostic restera sévère, du fait de l'évolution du foyer pulmonaire, de la fatigue cardiaque et de l'intoxication générale, contre lesquels le traitement médical ou chirurgical se montreront impuissants. On ne saurait donc poser de règle générale, chaque cas comportant son indication. Il faut cependant s'adresser d'abord aux ponctions et au traitement sulfamidé. Les ponctions seront répétées si la défervescence est lente à se produire. On surveillera, par l'examen bactériologique, la stérilisation progressive du liquide pleural. Ce ne sera qu'en cas d'échec absolu de la médication sulfamidée, et lorsque l'épanchement sera localisé (Jourdan, Iselin), quand le foyer pulmonaire sera en voie de régression que l'appel au chirurgien deviendra opportun. C'est, en effet, la pleurésie à strepto qui offre le plus de difficulté dans le choix du moment opératoire. C'est à son sujet qu'on a fait admettre dans la pratique le principe de l'opération retardée — ce qui fut un grand progrès, car elle conjura le *danger vital* (Jourdan).

Dans le cas de pleurésie streptococcique, l'important sera de saisir le moment propice, différent pour chaque malade, où les inconvénients de la temporisation vont l'emporter sur ses avantages. Pour saisir ce moment, il faudra tenir compte de l'état du poumon, du cœur et de la résistance générale du sujet. Danger vital et danger pleural (Jourdan) sont ici également menaçants.

Bien moindre est la malignité des empyèmes pneumococciques. Le pneumocoque est, en effet, aussi remarquable par les qualités pyogènes qu'il acquiert dans les séreuses que pour la faible vitalité qu'il y manifeste. Il perd rapidement sa virulence et ses aptitudes reproductrices. Son action n'est donc que passagère, « tel un feu de paille qui s'allume, flambe et s'éteint », comme le disait mon maître Et. Cestan (*Thérapeutique des empyè-*

mes). L'évolution de ces pleurésies à pneumocoque est rapide, de pronostic bénin et de terminaison favorable, soit par résorption (seule variété qui ait ce privilège), soit par vomique ou fistulisation cutanée, c'est ainsi que chez l'enfant, elles cèdent facilement aux ponctions répétées ; chez le jeune enfant, la pleurotomie est toujours un danger grave, et Genévrier rapporte opportunément l'aphorisme de Broca qui condamnait, en principe, la pleurotomie avant 6 ans et après 60. Il semble donc qu'on puisse adopter comme ligne de conduite, d'après Levent : *a)* si possible, pas d'intervention (Lelong), et si intervention inévitable, intervention tardive (Marquézy) ; *b)* si intervention pratiquée, intervention à minima (Ribadeau-Dumas), mais pas de résection costale, malgré l'opinion contraire de Sorrel, Fèvre et Huc. Ce sont donc les ponctions répétées qu'il faudra avant tout employer chez l'enfant, avant toute autre méthode (Lelong, Marquézy, Ribadeau-Dumas et Cathala). En mettant les choses au pire, les ponctions répétées, si elles ne sont pas curatrices, permettent de différer la pleurotomie et d'en réduire l'importance (Levent).

Ces pleurésies sont secondaires à une pneumonie, à un abcès, à un foyer pulmonaire pneumococcique « moins nettement individualisé qu'une pneumonie, ou même passé presque inaperçu » (Lecœur).

Quand la complication pleurale d'un foyer purulent se manifeste par une mince couche de liquide séro-purulent contenant des pneumocoques, dès l'apparition des signes sthéthoscopiques, on devra traiter énergiquement par les sulfamides le foyer pulmonaire et l'épanchement se résorbera.

Mais si on observe plus tardivement le malade, si la ponction ramène un pus verdâtre, c'est encore le traitement médical (ponction et sulfamides) qu'il faudra appliquer. Les sulfamides seront donnés *per os* ou par voie parentérale, en raison de leur action sûr le pneumocoque. Est-il alors bien nécessaire, se demande Boudet, de pratiquer une sulfamidothérapie générale « qui inonde tout l'organisme à très haute dose ? » Il lui paraît plus logique d'agir surtout localement, en ne donnant plus par la bouche qu'une petite dose d'entretien d'un corps diffusant peu. On traitera en réalité alors la collection comme un véritable abcès chaud qu'on évacue et qu'on remplit ensuite de sulfamides pour achever de la stériliser. Dans ce cas, on se contentera d'un traitement général d'entretien à petites doses.

Les doses locales à employer seront de 2 ou 3 grammes, tous les 2 ou 3 jours chez l'adulte, tandis que chez l'enfant 1 gramme suffira. Il est à remarquer, cependant, qu'on aura intérêt à ne pas employer un corps peu soluble, comme le 1162 F, dont il faudrait injecter une quantité trop grande et créer ainsi une collection liquidienne artificielle, mais de préférence le pulmorex très soluble, par exemple, ou la fontamide (2255 R P) en solution, remarquable par son pouvoir très grand de diffusion (15 minutes après l'ingestion *per os*). L'inconvénient de cette grande diffusion est atténué sensiblement par l'imperméabilité pleurale. Le pH de celle-ci est de 8, ce qui rend son emploi très indiqué dans les lavages au début, malgré sa trop grande diffusibilité. En raison de la qualité de leur pH voisin de 8 et de leur concentration suffisante, Boudet et Le Rochais accordent leur préférence au pulmorex et à la fontamide pour la thérapeutique endopleurale. Le sulfathiazol (2090 R P), en solution à 20 % — et dont le pH est de 10,3, diffusible facilement, peut être également employé.

Il est à craindre, cependant, que le traitement buccal se montre insuffisant. En effet, le problème de la concentration médicamenteuse dans le foyer septique semble être le point fondamental à résoudre. Dans une observation, Sohier montre qu'après une période d'amélioration relative, puis d'évolution traînante, l'introduction d'une petite quantité de médicament dans la plèvre a suffi à amener immédiatement la guérison. Sergent, d'ailleurs, ne concevait pas qu'il fût possible de guérir les pleurésies purulentes à l'aide de simples traitements par voie buccale. Il resta fidèle au principe de l'évacuation, peu lui importait le mode. Il admettait très bien que la simple ponction évacuatrice pouvait suffire, et il se défendit par la suite d'être un partisan absolu de la pleurotomie. Il est peu vraisemblable que des pleurésis purulentes, dont le liquide renfermait des germes pyogènes, aient pu guérir spontanément. On a sans doute eu affaire à des pleurésies puriformes aseptiques, comme on en voit chez l'enfant au décours des pneumopathies aiguës qui, on le sait, se résorbent d'elles-mêmes (Boudet).

Il apparaît donc que le traitement général sulfamidé *seul* des empyèmes ne soit pas appelé à une grande diffusion ; mais si on y ajoute le traitement local, on observera que le cours d'une pleurésie purulente, à évolution jusque-là traînante, se trouve tout à coup interrompu. La sulfamidothérapie locale en injections constitue donc une grosse amélioration du traitement général. Si maintenant on vient à y ajouter les lavages sulfamidés de la plèvre, le résultat favorable dépassera de beaucoup celui des autres modes de traitement.

Le principe du lavage consiste à évacuer la plèvre, puis à y amener une solution laveuse qu'on évacue à son tour. L'opération peut être faite avec des appareils électriques comme celui de Cadenat ou celui de Weiler. Ils assurent avec un minimum de peine l'aspiration et le lavage, tout en assurant — au moins avec le second — grâce à un manomètre, un excellent contrôle constant de ce qui se passe. Avec le trocart de Küss ou celui de Potain, auquel s'adapte l'ajutage à 3 robinets de Dumarest, on ponctionnera au point le plus déclive de la collection.

Pour de plus amples détails de technique, on se reportera à l'article de Le Rochais ; nous ne voulons envisager ici que le principe de la méthode.

Les incidents sont, en général, assez bénins. Le premier lavage sera un peu choquant et fatigant ; on devra le faire assez vite. A ces incidents, un peu de camphre ou de spartéine remédieront. La gêne respiratoire, due à un défaut de technique, sera évitée si l'on a soin de ne pas trop modifier les pressions intra-pleurales, et le manomètre en donnera le témoignage.

On a enfin pu reprocher à ce traitement d'exposer à l'infection de la paroi. Elle est évitable, si on prend soin d'injecter un peu de solution antiseptique avant de retirer le trocart et de remettre le mandrin. Mais la fistule pleurale ne se voit-elle pas d'ailleurs plus souvent après l'intervention chirurgicale ? Tourneix en signale 12,6 % en thorax ouvert et 6,3 % en thorax fermé, proportion que Clavelin ramène, il est vrai, à 2 %.

La mortalité est de 5,4 % (Boudet), mais les statistiques de la chimiothérapie ne peuvent aligner d'aussi grands chiffres que celles des chirurgiens (Robert Monod, Iselin, Hener), où la mortalité infantile est de 35 % dans les meilleures statistiques.

A la vogue des sulfamides vient maintenant se substituer celle de la *pénicilline*, découverte par Flemming en 1929. La connaissance de leurs conquêtes thérapeutiques justifie l'emploi de toutes ces armes nouvelles. Certains de leurs succès sont impressionnants, tel le cas, relaté par Roche (Académie de Médecine, 4 janvier 1945), d'une pleurésie purulente streptococcique, secondairement infectée par les staphylocoques, chez un enfant de 10 ans. Après échec des ponctions, puis de 2 pleurotomies à minima, et l'essai d'un traitement sulfamidé par la bouche et lavages pleuraux, la pénicilline fut employée en injections intra-musculaires et intra-pleurales ; la pleurésie, qui durait depuis 6 mois, fut guérie en 6 jours. Un aussi merveilleux résultat est plein d'encouragement ; malheureusement, la quantité de pénicilline accordée est encore trop minime pour pouvoir en généraliser l'emploi. Mon collègue, le Prof. Tapie, répartiteur de la pénicilline pour notre région, a bien voulu m'écrire au sujet de son emploi « qu'il serait logique de recourir à l'injection intra-pleurale de pénicilline à la dose de 20.000 à 40.000 unités Oxford, qu'on peut dissoudre dans une solution d'eau distillée renfermant 0,85 p. 100 de sulfamide 1162 F ; et cette association des deux médications est sans doute, à l'heure actuelle, le traitement de choix de la pleurésie purulente. Il suffira de répéter l'injection intra-pleurale après évacuation d'une partie du pus tous les 2 ou 3 jours ».

Mais ce serait une erreur de croire que la chimiothérapie (par les sulfamides divers, la pénicilline, voire même par la plus récente *corylophylline* de Levaditi, Pénau, Pérault, Noury pour la partie expérimentale, et Degos pour l'application à l'homme), peut arriver à supprimer l'acte chirurgical. Ces substances peuvent prévenir, retarder ou parfois éviter une intervention chirurgicale importante dans certaines formes bactériologiques, mais ne peuvent se substituer en général à elle. Cela tient à la différence d'action de la chimiothérapie et de la chirurgie, qu'il ne faut pas perdre de vue. Au début, en effet, toute infection est diffuse, virulente, étendue à une zone mal limitée ; il n'y a pas encore de collection purulente. A ce moment assurément, la chirurgie serait inutile et même dangereuse par diffusion opératoire du foyer inflammatoire. La chimiothérapie, par contre, est mieux indiquée, car son action bactériostatique sur le germe facilitera le rôle des défenses organiques. Mais si le malade résiste, l'infection va se localiser et le pus apparaîtra. Dans cette collection, les germes ont perdu de leur virulence, mais les leucocytes altérés et des débris sphacéliques vont constituer la collection purulente. Celle-ci n'est donc plus déjà un foyer d'infection virulente, mais bien le résidu de la lutte ; ce n'est plus qu'un corps étranger, qu'il faudra évacuer. Cet abcès pleural aigu, limité et collecté, il est certain que les ponctions ne permettent pas de l'évacuer suffisamment, du fait de la consistance du pus et de l'existence de fausses membranes. Seule la partie fluide, c'est-à-dire la moins intéressante, parce que spontanément résorbable, serait évacuée par la ponction. Au bistouri seul, il appartiendra de réaliser correctement cette évacuation.

Mais à quel moment ? *Ni trop tôt, ni trop tard*, déclare Lecène, d'accord avec la grande majorité des chirurgiens. Les faits sont là, en nombre suffisant, pour montrer les insuccès presque constants des pleurotomies faites trop précocement dans les cas d'infection pleuro-pulmonaire aiguë avec lésions du poumon en cours d'évolution. On a pu dire que les malades ont déjà fait eux-

mêmes un grand pas vers la guérison en limitant cette suppuration et en arrêtant l'évolution de leur pneumopathie. A ce moment, au stade de collection, la plèvre est symphysée, et c'est le meilleur moment pour intervenir. Par contre, si on temporise trop, on opérera trop tard, attendu que l'épanchement se sera alors enkysté dans une pachy-pleurite dont les parois, devenues très épaisses, vont s'opposer, après la pleurotomie, à la réexpansion pulmonaire, et seront, après le drainage, l'origine d'une fistule pleurale chronique qui nécessitera de larges délabrements osseux (résections de Estlander, Schede, Boiffin, Quénu, etc.). La guérison sera très longue à venir, si même il ne persiste pas toute la vie une fistule intarissable, nous en avons tous connu des exemples. Il ne faut donc pas se leurrer par la chute de la fièvre, l'amélioration de l'état général après chimiothérapie générale ou locale, et trop longtemps se fier à l'action de celle-ci. On laisserait ainsi passer le moment le plus favorable pour l'intervention. G. Laurence nous dit connaître des cas où « sulfamidothérapie et pénicillinothérapie furent nocives par la confiance excessive qu'elles inspiraient et par l'allure trompeuse de l'amélioration enregistrée. On ne peut et on ne doit accepter comme valable cette amélioration que si un contrôle rigoureux par ponction et radiographie, après injection d'air et de lipiodol, montre une disparition progressive de la poche ». Si, au contraire, on s'en tient à l'impression clinique de l'ensemble, on laissera la poche s'enkyster, et l'on fera trop tard appel au chirurgien, qui ne pourra plus répondre de la guérison. Le conseil vaut d'être retenu, au moment où la grande vogue des médications chimiothérapiques risquerait d'écarter les conseils de la prudence.

Les indications de la chimiothérapie et de la chirurgie étant ainsi bien établies quant au moment le plus opportun de leur mise en œuvre, il serait donc injuste de les opposer l'une à l'autre. Elles doivent, au contraire, dans l'intérêt du malade, s'associer, puisqu'elles s'appliquent à un moment bien perceptible de l'évolution de l'empyème, et l'on ne peut mieux conclure, pour tout ce qui précède, qu'en disant avec G. Laurence que « la chirurgie nettoie le champ de bataille et qu'elle ne combat pas ».

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES RÉCENTES

LE MONIET. — Traitement des pleurésies purulentes par lavages pleuraux. (*Thèse de Paris*, 1937.)

LE RASLE. — La chimiothérapie des pleurésies purulentes à strepto par les dérivés sulfamidés. (*Thèse de Paris*, 1938.)

TROMPEKER. — Etude de quelques cas de pleurésie chronique traités par chimiothérapie. (*Thèse de Paris*, 1939.)

LENORMANT. — Sulfamides et chirurgie, in *Sulfamidothérapie*, 1 vol. 1944, p. 63 et suiv. Masson, édit.

E. MÉRIEL. — Quand faut-il opérer les empyèmes aigus ? (*Concours Médical*, 23 mai 1937).

LÉVY-VALENSI, de SÈZE, PINES. — (*Presse Méd.*, 2 septembre 1939) et PINES (*Thèse de Paris*, 1939).

PERIN. — Traitement des pleurésies purulentes à strepto par les sulfamides. (*Thèse de Lille*, 1940.)

BERNOU, CANONNE, MARÉCAUX. — (*Rev. de la tuberculose*, mai 1938.)

CLAVELIN. — (*Bull. Méd.*, 30 janv. 1937.)

JOURDAN. — (*Thèse de Paris*, 1939.)

BOUDET. — (*Thèse de Paris*, 1943.)

LE ROCHAIS. — (*Arch. méd. d'Angers*, oct. 1942.)

J. LECOEUR. — (*Semaine des Hôpitaux de Paris*, avril 1944, page 108.)

R. LEVENT. — (*Gaz. des Hôpitaux*, 15 mars 1944.)

LEVADITI, PENAUT, BONÉT-MAURY, PÉRAULT et DEGOS. — Propriétés biologiques de la *corylophiline* (*Acad. de Méd.* 1944, p. 192, et *Acad. de Méd.*, 11 juillet 1944), et LEVADITI (*Presse Méd.*, 18 nov. 1944, et *Presse Méd.*, 10 février 1945) [mode d'action de la pénicilline].

LABIGNETTE. — (*Concours médical*, 10 février 1945 [sur la pénicilline].)

ROCHE. — (*Acad. de Méd.*, 22 janvier 1945.)

G. LAURENCE. — Le traitement des infections collectées. (*Journal des praticiens*, 10 février 1945.)

R. LEVENT. — La corylophiline (*Gaz. des Hôp.*, 15 mars 1945, page 89.)

LEVADITI. Les mycothérapies des infections microbiennes. *Presse Méd.*, 6 mai 1944 (avec références bibliographiques étrangères).

Double occlusion intestinale aiguë par ascaris et par invagination intestinale

Par M. J. ROUSSET (Ploërmel)

Le jeune B..., 13 ans, toujours bien portant, présente brusquement, le mardi 12 décembre 1944, au matin, une douleur abdominale aiguë dans la région périombilicale droite, accompagnée d'un vomissement. Cette douleur se reproduit par intermittence, à intervalles éloignés et, l'après-midi, un médecin appelé pose le diagnostic d'appendicite probable. La température est normale, ainsi que les pulsations cardiaques. Dans la soirée, les phénomènes douloureux sont plus espacés et plus diffus dans l'abdomen. Il y a émission de petite selle sans caractère particulier. Mais, dans la nuit, les phénomènes reprennent avec une grosse violence : les douleurs sont intenses, plus localisées vers la droite et les crises sont plus rapprochées. Il n'y a pas de reprise de vomissements, mais les douleurs sont telles que l'enfant est obligé, pour essayer de les soulager, de prendre l'attitude dite à quatre pattes. Le médecin revoit l'enfant dans l'après-midi et conseille le transfert à l'hôpital de Josselin. En fin de l'après-midi du 13 les crises se calment de nouveau pour reprendre avec une intensité accrue dans la soirée. C'est à ce moment que je suis appelé à voir l'enfant.

A l'examen on trouve un enfant de constitution normale; les traits sont un peu tirés par la douleur; la température est à 37°4 et le pouls bat à 80. Le ventre est légèrement tympanisé; il est souple à gauche et dans la région épigastrique, mais il existe une zone douloureuse dans la région périombilicale droite, et surtout à droite immédiatement au-dessus de l'épine iliaque où se trouve toute une zone de contracture. Il n'y a pas eu de selles depuis la veille et l'expulsion des gaz a cessé depuis plus de 24 heures. On ne sent pas de signes abdominaux anormaux du type de tuméfaction ou autre en dehors d'un léger tympanisme. Les douleurs sont très vives, obligeant d'interrompre l'examen, et l'enfant tient ses cuisses repliées.

Je fais des réserves sur le diagnostic d'appendicite, pensant avant tout à une invagination intestinale, et décide d'intervenir aussitôt.

Opération le 13 décembre, à 23 heures. Incision pararectale droite longue. Dès l'ouverture du péritoine, un paquet d'anses intestinales se présente dans la ligne d'incision; en les manipulant on se rend compte qu'elles sont sensiblement distendues. Une exploration attentive est faite et j'extériorise une anse présentant sur un segment le volume d'un petit poing, bosselée, dure, et de coloration normale. La palpation permet de se rendre compte aussitôt qu'il s'agit d'un paquet d'ascaris formant un volumineux corps étranger. L'anse sus-jacente est fortement distendue et le diagnostic d'occlusion par ascaris s'impose à l'esprit. Par entérotomie je retire 20 ascaris longs de 15 à 20 cm., pelotonés et dont la plupart paraissent inanimés. Après suture de l'intestin, je rentre les anses et continue mon exploration, conservant en arrière-pensée mon diagnostic d'invagination. Mon exploration n'a pas été déçue. Il existe bien, en effet, une invagination iléo-cæcale d'aspect quelque peu atypique. La paroi externe du cæcum étant accolée très bas au péritoine pariétal, seuls semblent participer à l'invagination : le bas-fond, l'appendice, l'iléon et la partie interne du cæcum. La tête du boudin est bien représentée par la valvule de Bauhin, entraînant à sa suite l'iléon sur 3 cm. environ; quant au cylindre extérieur du boudin, il est représenté par une très petite partie de la bosselure externe du cæcum (nous avons dit qu'elle était accolée), par le quart proximal de l'appendice, dont les trois quarts distals sont apparents, et par la partie interne du cæcum, invaginé sur 4 cm. environ. L'ensemble donne au collier un aspect, non pas franchement circulaire, mais oblique et même elipsoïde; cet aspect étant dû à l'accolement pariétal. Enfin on note la présence de quelques ganglions.

La désinvagination est simple et on constate un œdème marqué du bas-fond cæcal. Le grêle est rouge mais bien vascularisé. Je fais l'appendicectomie; le degré d'accolement pariétal et les raisons que je dirai plus loin me font estimer inutile une pexie, et je ferme la paroi en trois plans.

Les suites sont très simples : après quelques coliques, calmées par l'atropine, les gaz sont expulsés 18 heures après l'intervention et 36 heures après l'opération une selle spontanée survient. L'enfant sort de l'hôpital 12 jours après l'intervention.

Trois notions intéressantes paraissent se dégager de cette observation :

la possibilité du diagnostic d'invagination;
la découverte opératoire de l'occlusion par ascaris;
la coexistence de l'invagination.

Le diagnostic d'invagination intestinale était, en réalité, fort possible. Le caractère des douleurs, intermittentes et si intenses par moments qu'elles commandaient l'attitude à quatre pattes sur le lit, d'une part; la palpation, d'autre part, qui révélait le maximum de douleur et de contracture dans la partie haute de la fosse iliaque; l'absence de température et la conservation du rythme normal du pouls, enfin, devaient faire envisager un tel diagnostic.

La découverte de l'occlusion par ascaris fut une trouvaille d'intervention. La nette distension de l'anse sus-jacente, le volume de la masse formée par les ascaris témoignent de l'existence d'une telle lésion. Le curieux est que cet accident semble avoir été la

première manifestation, chez l'enfant, de cette parasitose. Il n'y a jamais eu, en effet, antérieurement, d'expulsion de vers. A retenir aussi la fréquence de cet accident : plusieurs publications en ont été faites et j'ai moi-même observé en 1942 un cas provoqué par l'amoncellement de cinquante ascaris.

J'ai trouvé la plupart des ascaris inanimés et vraisemblablement morts; ne peut-on pas expliquer par là que ces éléments inactifs ont formés par leur amoncellement un volumineux corps étranger entraînant l'obstruction ? N'y aurait-il pas lieu d'envisager que la mort des ascaris est nécessaire pour réaliser leur amoncellement et créer les accidents ?

L'association des deux lésions soulève un problème intéressant.

L'I. I. et l'O. par ascaris sont-elles indépendantes ? ou y a-t-il corrélation entre les deux ? En pareil cas, quelle lésion est primitive, quelle est secondaire ?

Personnellement, je pense qu'il y a certainement relation entre les deux lésions, et j'estime que l'invagination intestinale est secondaire à l'occlusion par ascaris.

En faveur de cette hypothèse il me semble qu'il existe plusieurs arguments : étiologiques, cliniques, anatomiques et physiologiques.

Arguments étiologiques. — Il est classique de dire que plus l'enfant avance en âge, plus l'invagination se rapproche du type que l'on observe chez l'adulte; c'est dire que plus l'âge est avancé, plus on trouve une lésion locale provocatrice de l'invagination opératoirement décelable; c'est dire aussi que plus généralement l'invagination y est secondaire.

Arguments cliniques. — L'enfant qui a beaucoup d'observation précise bien que les douleurs non seulement se sont faites en deux temps, mais avaient un caractère et une localisation différentes : la première, du mardi, étant périombilicale, tolérable et à intervalles espacés; la seconde, beaucoup plus intense et localisée plus à droite, s'accompagnant de paroxysmes plus tard subintrants.

Arguments anatomiques. — L'accollement du cæcum dans sa partie externe jusqu'à la limite du bas-fond cæcal rend difficilement plausible l'hypothèse d'une invagination intestinale spontanée.

Arguments physiologiques. — Au cours de l'intervention, c'est volontairement que je ne l'ai pas encore signalé, et avant la réduction de l'invagination, j'ai exploré sur un assez long segment la portion du grêle sus-jacente au boudin. Or ce segment était, non pas distendu, mais rétracté et presque en état de contraction. Cet aspect était frappant et instructif, car il m'a permis de constater l'état de contraction qui a permis, antérieurement, à l'onde ainsi créée de déclencher le télescopage intestinal.

La constatation de cet intestin rétracté évoque un autre problème que je n'ai pas à développer ici : celui de la présence en amont d'un obstacle d'un intestin, nos pas distendu, mais rétracté.

Dans le cas particulier on peut penser que l'obstruction par ascaris siégeait assez haut sur le grêle. Par suite d'un mécanisme incertain (peut-être par action toxique des ascaris sur le plexus mésentérique) le grêle sous-jacent s'est mis en état de contraction; il est possible que l'entretien de cette contraction ait pu déclencher l'amorce d'une invagination qui s'est complétée secondairement par elle-même.

Pour conclure, je dirai que c'est l'hypothèse de l'invagination secondaire qui m'a fait ne pas chercher à améliorer un accollement déjà existant ou à faire une pexie, la cause de cette invagination, l'obstacle ascaridien, ayant été enlevée. J'espère que l'avenir me donnera raison.

ACTUALITÉS

LES JUS DE FRUITS

Par R. Levent

La Société Médicale d'Etudes Alimentaires a, le mois dernier, inauguré les Journées d'Etudes qu'elle compte réserver à des aliments d'actualité par quelques réunions consacrées aux jus de fruits. Dans les temps de pénurie et de perplexité alimentaire dont nous ne voyons pas encore le terme, ces études confrontent l'expérience des producteurs, des médecins et des consommateurs, ce qui est un avantage pour tous.

Les jus de fruits, en France, sont un peu des nouveau-venus. Longtemps régna un préjugé de méfiance — parfois justifié il faut le reconnaître — vis-à-vis des préparations alimentaires qui paraissaient s'écarter d'une préparation culinaire familiale ou tout au plus artisanale. Et puis à quoi bon ces jus ? Dans la saison, il y a des fruits, qu'on les mange frais... (et le public français est médiocrement vorace de fruits) ; hors saison, qu'on s'en passe et qu'on mange des confitures si l'on ne se contente pas des quatre mendiants d'autrefois.

Il y avait aussi la question du vin. Même en des temps de surproduction, de sophistication et de mévente, il n'en persistait pas moins cette idée de fond : avec du raisin on fait du vin ; ces jus de raisin sont des vins ratés, bons pour les vieilles demoiselles abstinentes de pays où on ne produit ni n'apprécie le vin...

Et de fait, les excès plus visibles sinon plus réels d'un alcoolisme plus bruyant, motif premier des diverses formes de prohibitionnisme, ont-ils créé pour les jus de fruits une préparation du terrain particulièrement efficace et ont-ils disposé les consommateurs à leur rendre aisément justice.

En France, en tous cas, leur procès est en révision ; on en fabrique, et d'excellents ; notre industrie s'est fait un savoir-faire et met à contribution l'expérience des industries étrangères. Souhaitons que, tant pour la fabrication que pour le choix des modes de stabilisation et de conservation, se fixent à la fois une doctrine et une pratique telles que préventions et critiques deviennent bientôt le passé. La restriction légale des boissons alcooliques ici également a frayé la route ainsi que la pénurie de vin et le consommateur s'est, en général, montré accessible. Ce sont les jus de raisins et de pommes qui, jusqu'ici, ont été surtout consommés ; les jus d'autres fruits méritent cependant considération.

On s'accorde à trouver ces jus des boissons agréables. Elles sont utiles aussi. Notre connaissance de leur composition, encore qu'imparfaite, permet, cependant, d'y voir à la fois des aliments et des médicaments d'appoint intéressants. Du point de vue de l'hygiène générale, ils sont aussi un facteur de remplacement d'une valeur diététique et sociale dont il faut tenir compte.

Dans leur ensemble les jus de fruits ont pour traits principaux *leur richesse en sucres*, *en sels minéraux*, potassium notamment (le chlorure de sodium y étant peu abondant), *leur alcalinité* élevée (2 gr. 5). Quant à leur teneur en ferments, en diastases et en vitamines elle est certaine mais bien des précisions nous manquent encore ; ces substances éminemment labiles et qui sont présentes dans le fruit frais subissent évidemment peu ou prou le contre-coup de la préparation, de la conservation et du vieillissement des jus de fruits stockés. La question est mal éclaircie encore et les procédés employés ne sont sans doute pas équivalents.

Quoiqu'il en soit, il est naturel que les thérapeutes aient cherché à tirer parti de ce que Bouley considérait comme un ensemble de sérums, sucré, alcalinisant et minéralisé (poly et hyperminéralisé, riche notamment en potassium, fer et magnésium). Du fait de leur composition, il semble que tous les jus de fruits soient des diurétiques abaissant la densité et l'acidité urinaire ; la diurèse qu'ils provoquent dépasse largement la quantité de liquide ingérée. La richesse en glucides divers favorise la fonction glycogénique et les autres fonctions de la cellule hépatique. La richesse en sels minéraux est peut-être aussi une condition favorable à la reminéralisation. Sauf certaines exceptions enfin ils ont une action laxative.

L'action diurétique a été utilisée avec succès dans les *néphrites azotémiques et chlorurémiques ;* dans ce dernier cas l'antagonisme des ions Na et K paraît un élément important ; dans les albuminuries de la grossesse, les albuminuries orthostatiques, chez les cardiorénaux, dans *les accidents œdémateux*, les essais tentés ont en général été encourageants. Ce sont les jus de raisins et de cerises qui semblent ici les plus actifs. Dans bien des cas ces jus de fruits se comportent comme un adjuvant du régime lacté dont ils favorisent nettement la tolérance par le malade et qu'ils peuvent remplacer en partie.

A noter cependant deux *contre-indications :* les *pyélonéphrites de la grossesse.* Le pouvoir alcalinisant des jus de fruits prend ici le pas sur la valeur diurétique. De même les *lithiases urinaires alcalines.* Dans les lithiases acides, au contraire, les jus de fruits conservent toute leur valeur.

Les maladies de la nutrition, la « diathèse arthritique » dans ses divers aspects : obésité, goutte, rhumatisme chronique, sont souvent bien influencés (jus de raisins, de citrons, de pommes, de fraises).

Les hépatiques peuvent avec avantage dans les troubles fonctionnels bénins, la lithiase biliaire, les états précirrhotiques, recourir au pouvoir cholagogue des jus de fruits, mais à la condition de quelque prudence et sans occasionner de surmenage hépatique.

Les cardio-artériels hyposystoliques, au contraire, trouvent dans la richesse en sucre et dans l'action diurétique du jus de raisins ; les hypertendus dans l'action légèrement hypotensive du jus de groseilles, les adjuvants utiles au principal du traitement.

Dans les affections gastro-intestinales c'est surtout à *l'action laxative* du jus de raisins et du jus de pommes qu'il est fait

appel ; à forte dose, ces derniers ont même une action purgative avec réduction nette des fermentations intestinales. La dyspepsie des suralimentés (pour mémoire), les entérocolites, les constipations de natures diverses et tout particulièrement la *constipation de la femme enceinte* sont des indications de premier plan.

Il convient à cet égard de mettre absolument à part les jus riches en tanin : jus de myrtilles, de framboises, dont l'action nettement constipante comporte des indications particulières.

Nous n'aurions garde d'omettre les effets heureux des jus de fruits laxatifs dans certaines gastro-entérites du nourrisson dont la flore intestinale peut se trouver utilement modifiée.

Enfin, certaines dermatoses, où l'intoxication gastro-intestinale intervient, peuvent bénéficier de l'emploi des jus de fruits.

Se rattachant au domaine digestif, il convient aussi de faire mention particulière des *vomissements avec acétonémie du jeune enfant* et sans doute aussi des vomissements graves de la femme enceinte. Dans le premier cas c'est le pouvoir alcalinisant qui agit surtout ; chez la femme enceinte il s'y associe l'apport en glucides et son action restauratrice d'une fonction glycogénique affaiblie.

On connaît mal encore les effets des jus de fruits dans les carences ; le mode de préparation et de conservation variant selon les origines empêche toute constatation probante et toute comparaison valable avec les jus de fruits frais, mais l'action reminéralisante chez les anémiques et les décalcifiés paraît mériter l'attention.

Ce n'est pas seulement en thérapeutique curative, mais aussi en diététique que les jus de fruits peuvent rendre de grands services. *Un litre de jus de raisins* renferme 170 gr. en moyenne de glucides, dont l'équivalent énergétique avoisine *900 calories*. On sait depuis Desgrez la valeur des glucides comme point de départ pour l'édification des graisses, Boulay, d'autre part, les considère comme un facteur excitant d'utilisation ; depuis longtemps aussi Buttner avait signalé leur importance en ce qui touche l'accumulation des protides.

En dehors donc de l'emploi des jus de fruits dans la *suralimentation des convalescents, de l'accouchée, de la femme allaitant, de l'enfant*, il semble qu'à l'heure actuelle on puisse y trouver des éléments précieux pour les *amaigris des restrictions* et même peut-être pour certains des *affamés* que l'Allemagne nous restitue. Peu de résultats sont connus encore mais un essai de M. Lassablière, dans une colonie de vacances d'un des récents étés, lui a montré des faits intéressants. L'adjonction à un régime de vacances, bien équilibré et d'une valeur de 2.800 à 3.200 calories quotidiennes, de deux prises quotidiennes de jus de raisins (150 gr. à déjeuner et dîner, soit près de 300 calories par jour) a accéléré la reprise physique et intellectuelle chez des jeunes filles de 18 ans, recevant à Paris des rations quotidiennes de 1.200 à 1.300 calories, ayant maigri de 3 à 7 kg, anémiées, souvent aménorrhéiques, fatiguées physiquement et intellectuellement. La différence a paru appréciable avec des sujets témoins bénéficiant du même régime, mais sans jus de raisin. En trois semaines, l'augmentation pondérale a pu atteindre 3 kg. 500, le taux globulaire s'est relevé de 25 à 40 %, sans aucun malaise ni trouble digestif. Essai poursuivi avec plaisir par ses bénéficiaires. *L'alimentation des rapatriés et des adolescents*, victimes des restrictions pourrait donc trouver là un supplément de 300 calories quotidiennes aisément trouvées et absorbées.

Au point de vue national et social enfin, la *lutte contre l'alcoolisme* s'impose à la France ; bien des projets sont ébauchés dont la réalisation serait sans doute malaisée.

Il n'est question ni de supprimer le vin qui, consommé raisonnablement et quand il faut, est et mérite de rester un des constituants de notre alimentation nationale; ni, moins encore question de prôner le jus de raisins exclusif et obligatoire. Il y a placé ici pour tout, sauf pour l'exclusivisme dont les méfaits ne sont pas moindres en antialcoolisme qu'ailleurs, l'Amérique l'a bien vu.

Les jus de fruits, produits en France en partant de fruits français, *honnêtement fabriqués et sainement conservés*, ont une place à prendre dans l'alimentation courante des Français dans la lutte antialcoolique. Il y aurait là pour la culture viticole et la culture fruitière des débouchés nouveaux, susceptibles d'accroissement rapide et capables de parer à bien des crises de production et de répartition.

Soustraire à la fois à l'alcoolisme sa matière première et une partie notable de sa clientèle avec le consentement de celle-ci ne paraît pas une impossibilité. Il y aurait là pour tous un bénéfice physique et moral ; aucun rationnement, aucune contrainte, aucune inquisition nouveaux ne viendraient s'ajouter à ceux dont ces dernières années ont été si prodigues et on n'éveillerait aucun mauvais vouloir encore endormi. On trouvera toujours un emploi digne de lui à un alcool indigne de la consommation et bien des fruits échapperaient à l'alambic.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

19 *février*. — M. Valette. — L'organisation du Service de Santé au rapatriement.

M. Poli. — A propos d'un cas de carotinémie.

Mme Fayol. — Sur l'énurésie.

M. Garaix. — Formes cliniques et évolutives des tuberculoses mixtes pleuro-pulmonaires chez l'enfant.

M. Michaud. — De l'action des sulfamides sur le rein et dans certaines néphrites.

M. Chevalier. — L'épanchement péricardique au myxoédème..

21 *février*. — M. Delarue. — L'exploration de la conscience par l'étude du temps de réaction sous le contrôle de l'électro-encéphalographie.

M. Petit. — Les sulfamides et la pénicilline dans le traitement de la blennorragie.

M. Clément. — La mélanose de Raehl.

M. Baptiste. — Le traitement actuel des phlébites, en particulier par les substances anticoagulantes.

M. Culioli. — L'acétate de désoxycorticostérone en pathologie hépatique.

M. Caspar. — De l'épilepsie réflexe d'origine digestive.

Mlle Cacaud. — Le myélome multiple.

M. Feuilloy. — Des paralysies arsenicales.

22 *février*. — M. Parny. — Les débuts latents de la tuberculose pulmonaire et les examens radiologiques systématiques.

M. Bernuzeau. — La vitamine D2 à doses massives dans le traitement des sérites tuberculeuses.

M. Moigneteau. — Les agranulocytoses.

M. Vivarès. — Résultats de la thyroïdectomie subtotale dans 102 cas de cardiothyréoses.

M. Pertusier. — Le transit intestinal au cours de la grossesse. Etat statistique.

7 *mars*. — M. Juillard. — Larrey, chirurgien de guerre.

M. Bénoistel. — L'infiltration anesthésique du nerf splanchnique dans les sténoses pylorifiques du nourrisson.

Mlle Sée. — Les poussées aiguës au cours du rhumatisme chronique.

M. Flavigny. — Contribution à l'étude étiologique de la péricardite constrictive.

M. Fain. — Suppurations pulmonaires et pleurales et carbo-sulfamide-chrysoïdine.

M. Oorganian de Oorganoff. — Influence de l'asthme sur l'œuvre de Marcel Proust.

M. Gauthier. — De quelques traitements atypiques de l'angine diphtérique imposés par les circonstances.

8 *mars*. — M. Dubois. — Traitement du lichen plan par la tuberculine.

M. Petit. — Des sarcomes du larynx.

M. Mazière. — Incision de Mac Burney élargie pour l'appendicectomie associée à l'exploration annexielle chez la femme.

M. Lecomte. — Hypersomnie rythmée par les règles.

14 *mars*. — M. Bilgorai. — Le rhumatisme disloquant, séquelle de la maladie de Bouillaud.

M. Lavenant. — La lambliase.

M. Jouvent. — Les hypoglycémies de famine et les troubles du métabolisme glucidique chez les sujets sous-alimentés.

15 *mars*. — M. Michel. — A propos de quelques cas de polyradiculonévrite avec diplégie faciale.

M. Montador. — Du traitement des diverses formes de la névrosite épidémique par l'héxaméthylène-tetramine iodée intraveineuse.

M. Ferrand. — Epanchements pleuraux au cours des pneumopathies pneumococciques sulfamidées.

M. Vanbremoersch. — Les épidurites staphylococciques.

M. Le Minor. — La recherche des bacilles typhiques et paratyphiques dans les selles.

16 *mars*. — M. Duba. — Du diagnostic de l'infection intestinale aiguë.

Mme Roulin. — Le rhumatisme articulaire aigu chez le jeune enfant avant 5 ans.

M. Leroy. — Le déséquilibre alimentaire actuel dans l'aggravation de la tuberculose.

21 *mars*. — M. Fiessinger. — A propos des ponctions. — Biopsies du foie.

Mme Japhet. — De 30 cas d'acrodynie observés dans le département de la Sarthe durant ces quinze dernières années.

Mme Clément. — Une nouvelle méthode d'accouchement indolore : l'anesthésie locale continue.

M. Vincent. — L'érythème noueux de la sulfamidothérapie.

Mlle Macquart. — L'ambiase intestinale.

M. Chibout. — Les pleurésies à paillettes de cholestérol.

M. Lacombe. — Les algo-paralysies consécutives à des injections intra-musculaires de sulfamides.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 29 MAI 1945

Notice nécrologique sur M. Gabriel Petit. — M. GUÉRIN.

Dyspnée permanente asthmatique simulant l'emphysème. — MM. BEZANÇON, JACQUINOT et CELICE rappellent des observations analogues à celles présentées dans une précédente séance par M. R. Tiffeneau et Mlle Beauvallet : une dyspnée permanente peut être tout autre chose que de l'emphysème. La dissociation du syndrome emphysème est nécessaire. L'action curatrice des aérosols d'éphédrine et d'atropine est un argument de haute importance. Discussion : MM. AMEUILLE et LAUBRY.

Le médecin-colonel Norton CANFIELD (de l'armée américaine) présente et commente un remarquable film avec projection au ralenti sur la **Physiologie du larynx.**

La cholinestérase sérique dans la maladie de Parkinson. — M. KASWIN (Présentation par M. BENARD). — Employant la méthode titrimétrique de Stedman, Stedman et White, l'auteur a constaté une augmentation certaine de la cholinestérase sérique dans la maladie de Parkinson, alors que les autres méthodes n'ont donné que des résultats discordants. Cette augmentation joue vraisemblablement un rôle important mais il est impossible à l'heure actuelle de préciser son rôle physiopathologique.

La prophylaxie du typhus pendant le rapatriement. — M. L. BRUMPT. — Apparu en Allemagne en hiver 1941-42, le typhus s'est répandu grâce aux migrations de l'organisation Todt et aux promiscuités des abris de bombardement. Les camps de déportés ont été beaucoup plus sévèrement touchés, en particulier Vaihingen et Dachau, lieux de rassemblement des plus atteints physiquement et où les mesures d'hygiène mal prises ont plutôt disséminé que freiné l'épidémie. La quarantaine d'arrivée en particulier. 13.159 déportés y sont morts de typhus dans les quatre premiers mois de 1945, dont 13 des 60 médecins français qui les soignaient.

La libération a posé un énorme problème de thérapeutique curative et préventive, de triage et d'évacuation dans un milieu psychologique particulier. Poudrage et vaccination sont le principal ; l'isolement est insuffisant et précipite les évasions ; le village sanitaire rend trop peu.

Très important est le diagnostic précoce, la reconnaissance des convalescents qui peuvent partir dès épouillage, celle des suspects qu'il faut épouiller et vacciner. L'échelonnement en profondeur des organismes de surveillance, la vaccination de tout le personnel d'accueil, la pratique généralisée de l'hémodiagnostic sont des moyens efficaces de prévenir toute catastrophe.

Discussion : MM. HARVIER, LEMIERRE.

A propos des mesures à prendre contre le typhus. — MM. TANON, FIESSINGER et BOYER. — Malgré les efforts du Ministère des Prisonniers, des libérés, surtout déportés, arrivent en période d'incubation, souvent après avoir esquivé pour gagner du temps, la surveillance pourtant attentive. Les centres d'accueil peuvent ainsi constituer un danger réel.

L'Académie adopte donc le vœu suivant :

1° Que soient supprimés les centres d'arrivée dans les villes, réserve faite de ceux des gares où les rapatriés passent directement du train au centre ; et que les centres soient installés hors des villes en conservant les mêmes moyens prophylactiques ;

2° Que ne soit pas autorisé le contact du public avec les rapatriés avant que ceux-ci aient été épouillés et désinfectés ;

3° Que soient vaccinées les personnes qui sont en contact avec les sujets suspects de typhus et que l'arrêté qui a été pris en cette matière soit bien appliqué.

L'Académie adopte un **vœu relatif à l'organisation d'un Comité de Contrôle des Laboratoires sérologiques (syphilis).**

Elections. — MM. LECLERCQ (de Lille) et DE LAVERGNE (de Nancy) sont élus membres correspondants nationaux (division d'hygiène).

SÉANCE DU 5 JUIN 1945

Le président adresse à M. Leriche, élu membre de l'Académie des Sciences, les félicitations de l'Académie.

Notice nécrologique sur M. Péhu, par M. RIBADEAU-DUMAS.

Etude épidémiologique des cas de typhus observés dans la région parisienne. — MM. TANON et BOYER. — L'effondrement allemand a fait éclore une épidémie de typhus. Malgré une organisation sanitaire vigilante, 108 rapatriés sont rentrés en France pendant leur incubation, 15 sont morts.

Presque toujours, il s'est agi de déportés politiques vivant en collectivité ; 6 cas seulement ont apparu chez des ouvriers, 4 chez des prisonniers, 1 chez un volontaire de mission de rapatriement.

En général, la contamination est postérieure à la sortie des camps ; elle date soit des replis par route ou voie ferrée sous la conduite des S.S. (cantonnements de misère, wagons à bestiaux infestés), soit du relâchement de la discipline sanitaire après libération, cantonnements de hasard avec des compagnons d'aventure, troc de haillons désinfectés contre des vêtements allemands moins sordides, mais non désinfectés. Les rapatriés aussi se sont infestés dans les trains allemands malpropres et les centres d'accueil allemands mal tenus. Certains sont tombés malades pendant leur voyage, d'autres 10 à 12 jours après leur retour à Paris. Les 7 cas sporadiques sont le fruit de la violation des règlements : fausses déclarations pour rentrer plus vite, contamination familiale ou hôtelière de sujets non vaccinés. Il en a été de même dans les régions frontalières comme conséquence du dévouement imprudemment empressé des habitants.

Si faible que soit le risque d'extension, l'Académie émet un vœu rappelant le devoir pour les médecins et les familles de déclarer exactement les cas soignés à domicile ; l'intérêt général s'accorde avec les prescriptions légales.

De l'altération et de la destruction des toxines microbiennes par les filtrats de cultures de b. subtilis (subtiline). — MM. G. RAMON et R. RICHOU. — Le filtrat de cultures de bacilles subtilis et de germes analogues altère et même détruit la toxicité *in vitro* et *in vivo* de certaines toxines bactériennes (diphtérique, tétanique, staphylococcique). Cette action est aussi énergique que celle d'antiseptiques puissants ; elle n'est cependant l'effet que d'un germe saprophyte inoffensif, même à forte dose. Cette action peut être renforcée en concentrant le principe action des filtrats (subtiline). Cette propriété joue sans doute dans la nature un rôle dans la protection contre les infections et l'acquisition naturelle de l'immunité ; elle permet d'entrevoir de nouvelles méthodes thérapeutiques.

Discussion : M. LEVADITI.

Etude de l'action biologique du b. subtilis. — MM. OLIVIER, DE SAINT-RAT, BONÉT-MAURY, BLANCHON. (Présentation par M. FIESSINGER.) — L'administration de comprimés contenant du bacille subtilis vivant dans des diarrhées des nourrissons, des diarrhées toxi-infectieuses alimentaires, des diarrhées par ingestion de féculents ont donné chez le nourrisson 2 guérisons sur 2 cas, 4 guérisons, 5 améliorations, 7 échecs dans les formes par déséquilibre alimentaire ; 14 succès sur 14 cas dans les formes toxi-infectieuses. Sur 24 cas de pyélonéphrites et cystites à coli, guérison habituelle. Les auteurs ont tenté d'élucider le mode d'action du subtilis.

Discussion : M. DELBET.

Le Service de Santé des Forces françaises libres (campagnes de 1940-1941-1942). — Le médecin général SICÉ fait un remarquable exposé historique et technique de la création *a nihilo* et du développement des divers organismes du service de Santé pendant la campagne d'Afrique et du Levant. Il expose la tâche morale et physique accomplie, l'œuvre prophylactique, médicale et chirurgicale, les nouvelles nécessités, les nouveaux organismes la mise en œuvre de matériels nouveaux. La chenillette sanitaire de relève, le poste chirurgical opératoire avancé, la transfusion-réanimation précoce, le transport par avion, le bloc opératoire transportable, la diététique du désert sont autant de nouveautés par lesquelles le corps de Santé français a montré sa vitalité, servi la cause de la France et celle des Alliés avec qui l'entr'aide mutuelle ne s'est jamais démentie.

Les résultats des mesures obligatoires de vaccination antityphoparatyphoïdique des sujets de 10 à 30 ans à Nantes. — Mlle LACAMBRE-DUDEVANT. (Présentation par M. RAMON.) — Depuis mai 1944, Nantes ne reçut que de l'eau de Loire. 42.000 personnes de 10 à 30 ans ont été vaccinées. Entre avril 1944 et avril 1945, il n'y eut que 93 cas de typhoïde et para (79 chez des non-vaccinés), 13 décès (un seul chez un vacciné).

Le cancer chez les rapatriés militaires. — M. HUGUENIN. — Sur 501 cas de cancer, 338 cas ont débuté avant 40 ans, 442 avant 50. Le tube digestif est le plus souvent atteint. Les localisations réputées rares sont plus fréquentes qu'il n'est couramment admis. A noter la fréquence des poussées évolutives brutales et l'influence dans certains cas du traumatisme. La captivité n'a pas eu d'action évidente sur la genèse des cancers.

Election. — MM. PATEL (de Lyon) et NICOLAS (de Lyon) sont élus membres associés nationaux, en remplacement de MM. Arloing et Nicloux, décédés.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 16 MAI 1945

Sur le traitement de l'ostéomyélite aiguë par la résection diaphysaire. — M. SORREL apporte sa statistique intégrale comportant 290 cas; la mortalité est de 12 %, mais pour les cas dans lesquels on a fait une résection (102 cas), la mortalité n'a été que de 11 % ; or cette opération a été faite dans des cas particulièrement sévères.

Si l'on étudie les résultats éloignés, M. Sorrel estime que la résection comporte l'avantage de ne laisser que 4,7 % d'ostéomyélite chronique, tandis que les autres méthodes entraînent des séquelles infectieuses dans 73 % des cas.

La résection diaphysaire, conclut l'auteur, doit donc conserver une place de choix dans le traitement des ostéomyélites.

Sur le traitement de la lithiase de la voie biliaire principale. — M. Brocq apporte une statistique personnelle de 12 cas et discute à nouveau les avantages respectifs des différents modes de drainage de la voie biliaire principale.

Film sur l'organisation de la « Réhabilitation » aux Etats-Unis. — Médecin-colonel Diveley. — Ce film montre avec précision les différentes étapes par lesquelles passent les blessés rapidement récupérables avant d'être renvoyés à leur unité ; il s'agit d'une organisation remarquable qui s'attache autant au côté médical qu'au point de vue moral de la convalescence des blessés de guerre : les résultats obtenus justifient largement la création de tels centres.

Séance du 23 mai 1945

Fistule duodénale grave. Réinjection dans le jéjunum du contenu duodénal. — MM. Joly et Pertus. — M. Roux-Berger rapporte cette observation dans laquelle la fistule est apparue à la suite d'une gastrectomie physiologique pour ulcère duodénal inenlevable ; devant l'échec des traitements usuels, on utilise la réinjection du liquide duodénal ; guérison en quinze jours.

Un cas de trichobezoard gastrique et intestinal. — M. Naulleau (M. Sicard, rapporteur). — Il s'agissait d'une fillette de 13 ans, atteinte d'une crise abdominale aiguë en rapport avec un trichobezoard gastrique de 400 grammes. Les suites opératoires sont compliquées d'une occlusion ; réintervention qui permet d'enlever une deuxième tumeur pileuse siégeant dans une anse grêle. Il n'existe que 2 observations analogues dans la littérature.

Lithiase pancréatique. — M. Mallet-Guy souligne les difficultés du diagnostic de cette affection ; les taches opaques visibles à la radio dans certaines pancréatites chroniques sont souvent des ganglions ; en cas de lithiase vraie il y a des images nettes alignées selon la direction du Wirsung. L'auteur discute les indications respectives de la pancréatectomie partielle et de la pancréatotomie.

Œsophagectomie transpleurale gauche pour cancer de l'œsophage. Survie de cinq mois. Mort de broncho-pneumonie sans métastase ni récidive. — M. Orsoni. — M. Alain Mouchet souligne l'intérêt de cette observation.

Traitement de la lithiase choledocienne. — M. Mallet-Guy pense que l'anastomose cholédoco-duodénale doit être réalisée lorsqu'elle semble la meilleure solution au problème posé par la taille cholédocienne : elle permet en 8 jours une guérison sans déperdition biliaire et insuffisance hépatique ; le drainage des voies biliaires est d'autre part meilleur par l'anastomose.

Un procédé nouveau du traitement des hypospadias pénicus. — MM. Leveuf et Godart décrivent cette technique qui comprend la réfection de l'urètre aux dépens des téguments de la verge, fils noués dans la lumière du canal ; puis la couverture de ce néo-urètre par enfouissement de la verge dans la peau scrotale. Le relèvement se fait ultérieurement dans un temps toujours facile.

Un cas de neurinome du diverticule de Meckel. — MM. Cazals et Voirin. (M. Oberlin, rapporteur.)

Séance du 30 mai 1945

Tumeur de la parotide récidivée 16 ans après une parotidectomie totale. — M. Truffert souligne l'étendue que doit avoir une parotidectomie pour être véritablement totale et mettre le malade à l'abri d'une récidive comme celle qu'il rapporte.

Résultat du traitement de 14 cas d'arthrite chronique déformante de la hanche par section des nerfs sensitifs de l'articulation. — M. Luzuy. — M. Padovani rapporte ce travail en y adjoignant 170 observations opérées à la clinique orthopédique de Cochin ; globalement, de bons résultats sont obtenus dans 50 o/o des cas ; le mode d'action de cette opération reste assez mystérieux ; la section du nerf du carré crural améliorerait un peu la qualité du résultat.

La névrotomie articulaire doit être réservée aux malades ayant des algies dans le territoire du nerf obturateur, les malades trop âgés pour subir une intervention osseuse.

M. Huc considère que les résultats sont très inconstants, et que cette intervention n'a que des indications d'exception.

Sur la chirurgie du maquis. — M. Merle d'Aubigné montre que les équipes chirurgicales mobiles, malgré des conditions matérielles déplorables, obtinrent d'excellents résultats : mortalité globale 10 o/o, pas de tétanos ni de gangrène gazeuse.

Ligature double de la carotide interne pour exophtalmos pulsatil. — MM. Chavannez et Grépinet.

Quatre observations de kystes intra-thoraciques. — M. Santy présente ces quatre observations qui concernent des kystes du pédicule pulmonaire.

Occlusion aiguë du duodénum par artère colique droite. Duodéno-jejunostomie. Guérison. — M. Welti.

Sur le traitement de la lithiase de la voie biliaire principale. — M. Desplas apporte les conclusions de son expérience sur 49 cas personnels ; mortalité globale 12 o/o ; l'auteur opère souvent en deux temps chez les malades fatigués ou très infectés. L'auteur rejette l'anastomose cholédoco-duodénale qui expose à l'infection ascendante.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 avril 1945

Hémorragie hémophilique continue arrêtée par le diéthylstilbœstrol après échec des traitements classiques. — MM. Cathala, de Lignières et Alison. — Observation d'un garçon de 6 ans, de souche hémophilique, atteint d'une hémorragie continue du rebord alvéolaire supérieur, rebelle à tous les traitements classiques. L'administration du diethylstilbœstrol fit cesser l'hémorragie en deux heures.

Maladie de Paget et carence calcique. — MM. de Sèze et Durand. — De l'étude actuelle des auteurs, il résulte que de fortes doses de calcium et de vitamine D doivent être prescrites de préférence à tout autre traitement à tous les pagétiques douloureux observés actuellement. Les auteurs recherchent en outre si les sujets atteints de maladie de Paget sont prédisposés, du fait de cette maladie, à faire des ostéopathies douloureuses décalcifiantes, d'origine carentielle, et dans quelle mesure les lésions pagétiques font obstacle au succès du traitement recalcifiant.

Tuberculose miliaire subaiguë laryngo-pulmonaire à précession clinique laryngée. — MM. Bernard et Delarue. — Observation d'une femme dont la maladie débuta par des troubles fonctionnels du larynx, étant indemne de tuberculose pul-

monaire, laquelle se révéla seulement un mois plus tard. Ce fait démontre que la tuberculose laryngée initiale, et en apparence isolée, n'est qu'un élément de la tuberculose laryngo-pulmonaire. Ce fait est exact, non seulement pour la forme chronique classique, mais aussi pour les évolutions miliaires bien moins fréquentes. Les auteurs insistent sur la similitude des lésions des poumons et du larynx.

SÉANCE DU 4 MAI 1945

Un cas de porphyrinurie primitive avec paralysie traitée par l'association amide nicotinique-vitamine BI et guérie. MM. MOUQUIN, MACREZ, BASTIN. — Guérison à peu près complète en huit mois, par traitement intensif, à base d'amide nicotinique, de paralysies et porphyrinurie chez une femme après plusieurs crises lombo-abdominales se terminant par appendicectomie et quadriplégie flasque coïncidant avec porphynurie abondante. mie et quadriplégie flasque coïncidant avec porphyrinurie abondante.

Staphylococcie maligne de la face traitée et guérie par la pénicilline. — M. André MEYER. — Guérison en 48 heures avec 300.000 unités de pénicilline chez un soldat atteint de staphylococcie maligne.

Hémothorax traumatiques infectés par le streptocoque, traités et guéris par la pénicilline. — MM. BRU et ISRAËL.

Pigmentation de type addisonien d'origine obscure. — M. MARQUÉZY. — Observation d'un garçon de 13 ans qui depuis l'âge de 13 ans, présente une pigmentation diffuse de type addisonien, dont l'étiologie demeure obscure. Toutes les épreuves sympathiques sont demeurées négatives. L'origine hépatique est inadmissible. Or il existerait, d'après M. Decourt, des formes mélanodermiques pures de la maladie d'Addison.

Les obésités paradoxales. — M. DE GENNES rappelle qu'on observe, depuis la guerre, des observations d'obésité paradoxale chez des jeunes filles soumises aux restrictions alimentaires actuelles. D'après l'auteur, l'étude histologique de ces cas montre le rôle capital de la rétention de l'eau. Cet état laisse invoquer des causes endocriniennes, car il se rencontre exclusivement chez la femme. La pathogénie en demeure obscure. Les injections de folliculine font augmenter le poids. Rien ne permet d'affirmer l'existence d'un trouble hypophysaire. En réalité, la pathogénie de ces faits demeure inconnue. Comme traitement, l'essai a été fait du régime déshydratant. On doit affirmer que l'emploi de l'extrait thyroïdien reste utile.

Le typhus exanthématique au camp de déportés de Buchenwald. — M. RICHET signale que la lutte indirecte contre la maladie fut mal menée, l'encombrement étant effroyable et des convois de déportés venant d'autres camps arrivant sans cesse. Le début du typhus étant très polymorphe. Les symptômes fondamentaux demeurant les algies, la céphalée, la douleur à la pression des masses musculaires, l'hypotension et l'albuminurie précoce, l'éruption rappelant, en plus accusé, celle de la fièvre typhoïde. A noter les signes neurotropes de la période d'état, en particulier l'atteinte cérébelleuse et, à la convalescence, l'asthénie persistante et souvent un syndrome psychique avec débâcle intellectuelle.

SÉANCE DU 11 MAI 1945

Sur une nouvelle insuline-retard. — MM. DUREL et DUBOST conseillent de se servir d'une solution à 20 % comme véhicule-retard de certains médicaments et, en particulier, de l'insuline. Par expérience, ils constatent une prolongation de l'action hypoglycémiante doublant l'aire d'hypoglycémie de l'insuline.

Une nouvelle insuline-retard : l'insuline Subtosan. (Etude chez l'homme normal et chez les diabétiques.) — MM. LEVRAT, PELLERAT, MOINDROT et Mlle MURAT. — Etude de l'action sur la glycémie d'une injection d'insuline associée au Subtosan chez les sujets normaux et chez les diabétiques. L'insuline Subtosan aurait une action-retard évidente comparable à celle de l'insuline-protamine-zinc.

Application thérapeutique de l'insuline-Subtosan chez le diabétique. — MM. LEVRAT, PELLERAT, MOINDROT, Mlle MURAT. — Par leur étude, les auteurs démontrent que l'insuline-Subtosan permet d'espacer les injections d'insuline chez le diabétique et d'augmenter sa valeur d'utilisation.

Le diagnostic du cancer des bronches à partir de l'expectoration. — MM. TROISIER et BROUET. — Le procédé indiqué et très utile consiste à inclure le culot de centrifugation fixé dans la paraffine qui est débitée en coupe. Cette méthode a fourni un diagnostic positif dans 50 % des cas de cancer des bronches examinés.

Suppuration pulmonaire grave par blessure de guerre traitée par pénicilline et guérie après radiothérapie fonctionnelle du carrefour carotidien. — MM. DIDIÉE, FERRABOUC et TALBOT. — Sur un blessé de guerre, traité depuis trois mois pour une suppuration pulmonaire par la pénicilline, sans succès, on pratique quatre applications de rayons X à faibles doses sur la région du carrefour carotidien qui furent suivies d'une transformation rapide de l'état général, d'une sédation des symptômes qui amenèrent une guérison complète.

Le centre d'expérimentation humaine sur le typhus exanthématique au camp d'internement de Buchenwald. — M. WAITZ. — Dans le camp d'expérimentation de Buchenwald, les Allemands étudièrent la transmission du typhus exanthématique à l'homme ; injection soit par voie veineuse, soit par voie sous-cutanée. Cette méthode était employée soit sur des détenus de droit commun, soit sur des volontaires, soit sur des détenus politiques. Leur but était de contrôler la durée de l'incubation.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

SÉANCE DU 16 MARS 1945

Présidence de M. Carle ROEDERER.

Allocution du président, qui fait part du décès du Dr LEURET.

M. Raphaël MASSART, à propos de la communication de M. Masmonteil, sur les *dystrophies osseuses*, fait part des recherches expérimentales publiées en Angleterre par des membres du Royal College des vétérinaires, sur les reproductions expérimentales dans les élevages de porcs, de ruminants, d'équidés et de chiens, la reproduction expérimentale du rachitisme, de l'ostéoporose, de l'ostéomalasie et de l'ostéofibrose.

Il est intéressant de voir que ces troubles importants du squelette sont le fait d'une alimentation, ou pauvre en phosphore, ou pauvre en calcium, ou dans laquelle le rapport du calcium au phosphore ingéré descend au-dessous de 1/5e. On ne saurait en pathologie alimentaire, méconnaître ces expériences.

La sulfamidothérapie en chirurgie. — M. COURTOIS, de Saint-Germain.

Résultats de la sympathicothérapie dans les artérites. — M. SOUBRANE.

Anesthésie générale difficile. — Mme BRIAN.

Les diastasis sacro-iliaques. — M. Raphaël MASSART décrit, sous ce nom, un ensemble de lésions de la partie postérieure du bassin, se caractérisant par une mobilité anormale du sacrum qui retentit sur l'équilibre du rachime et sur le statique des membres inférieurs. Il voit là la cause certaine de déformations vertébrales, d'inégalité des membres et insiste sur la nécessité, chez ces malades, de pratiquer la radiographie debout, en position d'appui.

INTERETS PROFESSIONNELS

Les conséquences de la mobilisation médicale

Notre chronique militaire du 1er mai a provoqué un intéressant courrier. Des médecins-auxiliaires nous remercient des bonnes nouvelles annoncées par nous les premiers au sujet de leur avancement. Ils sont maintenant fixés, l'Officiel du 17 mai et celui du 19 mai publiant de longues listes de médecins-auxiliaires promus sous-lieutenants et, le même jour, lieutenants.

Nous avions souligné une autre question ayant trait aux Soins médicaux dus à la population civile. Des comités de libération, émus à juste titre par le départ aux armées de l'unique médecin de leur canton, ont réclamé l'application de la mesure énoncée par nous. Nous avions en effet écrit à ce sujet « qu'il appartiendra aux directeurs régionaux de la santé publique de signaler au service de santé militaire les médecins nécessaires dans leurs cantons où la mobilisation enlèverait tout le personnel médical dudit canton, et ceux qui sont nécessaires seront renvoyes dans leurs foyers ».

Comme vient de le faire un amiral président d'un C. D. L., les maires ou les C. D. L. doivent réclamer au ministre de la santé publique et au directeur régional du service de santé militaire, l'application de ladite mesure si leur canton est privé de tout médecin du fait de la mobilisation médicale.

Ce n'est pas un remplaçant que doivent accepter les communes, elles doivent demander le retour pur et simple de leur médecin s'il est seul, à exercer sur leur territoire et c'est la logique même si clairement exposée par le général Arène dans son interview du 1er mai.

Maurice MORDAGNE.

Conseil Supérieur des Médecins Communiqué

On demande des jeunes médecins désireux de faire partie de la mission d'administration à Berlin.

Les candidats peuvent se présenter tous les jours au siège de la mission : 12, place Vendôme, à Paris, pour y poser leur candidature.

On désire particulièrement : un chirurgien, un ophtalmologiste, un O. R. L., un stomatologiste ou chirurgien-dentiste.

Cette mission doit partir dans trois semaines environ.

Conditions extrêmement intéresantes, un grade de mission pourra leur être donné, supérieur au grade qu'ils détiennent dans la réserve avec les avantages qu'il comporte au point de vue solde.

S'adresser à M. le capitaine de corvette Chardel ou médecin commandant Nicoulo. Téléph. Opéra 07-92.

Communiqués du Conseil des Médecins du département de la Seine

Paris, le 29 mai 1945.

Une ordonnance du 20 avril 1945 a institué le contrôle médical obligatoire pour tous les prisonniers, déportés et travailleurs rapatriés.

Une seconde ordonnance du même jour a prévu la réquisition des médecins non mobilisés pour effectuer ce contrôle.

Le Conseil départemental des Médecins de la Seine, persuadé des sentiments sociaux de tous ses membres, est certain qu'ils accepteront cette mission avec enthousiasme.

Les opérations de ce contrôle médical sont organisées sous l'autorité technique du directeur régional de la santé et de l'assistance. Dans le département de la Seine, une centaine de centres d'examens ou de dépistage sont prévus.

Les médecins volontaires pour remplir ce devoir sacré seront affectés par priorité au centre le plus voisin de leur domicile.

Nous faisons donc appel à tous les médecins de Paris et de la banlieue désireux de contribuer au contrôle médical des rapatriés, pour qu'ils se fassent connaître sans délai au Conseil départemental des médecins de la Seine, 242, boulevard Saint-Germain, Paris (7e), où tous renseignements leur seront fournis.

LE CONSEIL DES MÉDECINS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE.

Confédération des Syndicats médicaux français

La Confédération des Syndicats médicaux français, 60, boulevard Latour-Maubourg, Paris (7e), est officiellement reconstituée.

Le bureau a tenu sa première réunion le 15 avril.

Etaient présents : le président, M. le docteur Choyau, maire de la Roche-sur-Yon et président du Comité départemental de la Libération ; les vice-présidents : MM. les Drs Hervy, de Limoges, A. Giry, maire de Briey (Meurthe-et-Moselle) ; le trésorier : M. le Dr Caillaud, d'Orléans, assistés des secrétaires généraux : MM. les Drs P. Cibrié, et C. Hilaire.

Les questions les plus actuelles ont été examinées et feront l'objet d'une mise au point par le Conseil d'administration qui se réunira le 6 mai.

Lorsque tous les syndicats seront reconstitués, ils seront invités à procéder immédiatement aux nouvelles élections de leur Conseil d'administration.

Les collèges électoraux régionaux qui seront sans doute géographiquement modifiés pour s'adapter aux régions de la santé publique, désigneront ensuite — et dans le délai le plus bref possible — leurs nouveaux délégués au conseil de la Confédération. Ainsi le corps médical, pour la première fois depuis cinq ans, pourra élire librement ses représentants dans le cadre syndical. Ceux-ci étant ainsi mandatés prendront toutes leurs responsabilités dans l'ordre professionnel et social.

Paris, le 22 mai 1945.

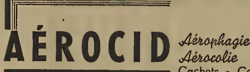
Soins médicaux aux travailleurs revenus d'Allemagne

Le Ministère du Travail a fait connaître au Conseil Supérieur qu'à partir du 1er mai 1945, les travailleurs revenant d'Allemagne recevront des caisses départementales d'assurances sociales des prestations au titre de l'assurance sociale française. Il en résulte que les intéressés devront acquitter, directement, les honoraires des médecins et dentistes.

En conséquence, à partir du 1er mai, il y a lieu de considérer que pour cette catégorie des travailleurs, les accords souscrits entre le corps médical et les caisses d'assurances sociales allemandes, deviendront sans objet.

Jusqu'à nouvel ordre, les ayants droit des prisonniers en Allemagne ne doivent verser à leur médecin que des honoraires au plus égaux au tarif de responsabilité des caisses.





AÉROCID *Aérophagie* *Aérocolie*
Cachets - Comprimés

AQUINTOL *Coqueluche* *Toux spasmodique*
en Gouttes

HEP'ACTI *Méthode de Whipple et de Castle* *Tréphones embrionnaires amino-acides*
anciennement HEPASERUM Ampoules de 10 cc.

OPOCÉRÈS *Simple et vitaminé* *Fortifiant biologique général*
Ampoules buvables
Comprimés friables

LABORATOIRES DE L'AÉROCID
20, RUE DE PETROGRAD - PARIS (8e)

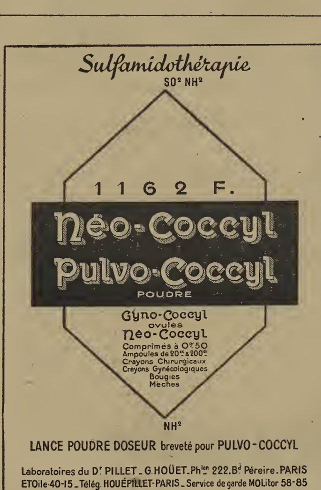
Indications cliniques du stovarsol
Acide 4 oxy-3 acétylaminophényl-1 arsinique
en pathologie intestinale

Parasitoses AMIBIASE · LAMBLIASE
SPIRILLOSES

Entérites INFECTIEUSES
TUBERCULEUSES
TOXI-ALIMENTAIRES

ENTÉROCÔLITES CRYPTOGÉNÉTIQUES
CÔLITES CHRONIQUES·AIGUËS

SPECIA SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
Marques Poulenc Frères et Usines du Rhône
21 RUE JEAN GOUJON · PARIS 8e





Imp. Tancrède, 15, r. de Verneuil, Paris (VII°) Dépôt légal. — 1945. — 2° Trim. — N° 1. — Le Directeur-Gérant : F. Le Sourd.

N° 13. — 1er JUILLET 1945 118e ANNEE Ce numéro : 4 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (près la Faculté de Médecine), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

Abonnement : Un an, France et Colonies, 100 fr. Etudiants, 50 fr.; Etranger, 150 et 180 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

Publicité : M. A. Thiollier 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : Littré 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de Médecine de Paris

Mutations et nominations. — Par arrêté en date du 11 juin 1945, M. Chabrol, professeur titulaire de la chaire de pathologie médicale de la Faculté de Médecine de Paris est transféré, à compter du 1er mai 1945, dans la chaire de clinique médicale de Broussais (dernier titulaire M. Abrami, décédé).

— La chaire de pathologie médicale va être déclarée vacante.

— M. Marcel Brûlé, agrégé, chargé de cours, a été proposé pour le titre de professeur sans chaire.

Concours du clinicat. — Dans le cas où les concours supprimés temporairement ne seraient pas rétablis en octobre, les professeurs de clinique pour assurer l'enseignement pourront, dans la limite des places disponibles, déléguer dans les fonctions de chefs de clinique, les candidats de leur choix, sous la réserve qu'ils remplissent les conditions nécessaires pour subir éventuellement les épreuves d'admission.

Concours de bourses. — L'ouverture du concours pour les bourses de doctorat en médecine aura lieu au siège des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le samedi 21 juillet 1945.

Les candidats pourvus de quatre, huit, douze, seize et vingt inscriptions, s'inscriront au secrétariat de la faculté à laquelle ils désirent subir les épreuves du concours. Ils devront être Français et âgés de 18 ans au moins et de 28 ans au plus. Cette dernière limite d'âge est reculée d'un temps égal à celui pendant lequel les candidats auront été incorporés sous les drapeaux.

Les registres d'inscriptions seront clos le 19 juillet 1945, à seize heures.

Prix de thèses (année scolaire 1943-1944). — Médailles d'argent. — MM. Aussanaire, Bach, Mme Balle, MM. Barbier, Belletan, Bonduelle, Boudon, Brisset, Caillerot, Champeau, Chevreau, Mlle Cloche, MM. Coury, Eudel, Goutner, Hamet, Jost, Küss, Lajoux, Langevin, Laroza, Laubry, Leclerc de la Herverie, Lecointe, Lenoel, Lerique, Mme Leroy, MM. Leroy, Maurice Le Sourd, Lolmède, Maille, Menut, Mme Mollaret, MM. Moreau, Morice, Peiffert, Richet, Robert, Ronsin, Rouault, Teissandier, Tostivint, Tulou, Vanderstegen, Vittoz, Vivien.

Médailles de bronze. — MM. Aupinel, Avertain, Bayet, Berthomier, Carlier, Chabay, de Lima y Silva, Mlle della Torre, MM. Delouche, Demeusy, Mlle Dupaigne M. Feld, Mlles Fossier, Grould, MM. Guillon, Henry, Lacroix, Laleouse, Lantenois, Mme Lavagne, MM. Le Moal, Meresse, Mlle Morin-Gauthier, MM. Pasche, Serres, Sevin, Stévenin, Zaborowski.

Mention honorable. — M. Chaia, Mme Le Pailler, MM. Mottron, Narlian, Rellay.

Hospice Paul-Brousse. — Le professeur agrégé Jacques Delarue, vient d'être nommé médecin-chef de l'hospice Paul-Brousse, à Villejuif, en remplacement du professeur agrégé Lhermitte, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Académie des Sciences

Dans sa séance du 4 juin 1945, l'Académie a élu membre titulaire dans la section de médecine et de chirurgie M. le Prof. René Leriche, du Collège de France.

Centième anniversaire de la naissance de Metchnikoff. — Le centième anniversaire de la naissance d'Elie Metchnikoff, sera célébré à l'Institut Pasteur le mardi 3 juillet 1945, à 16 heures, sous la présidence de M. Billoux, ministre de la Santé Publique.

M. le Prof. Tréfouël, directeur de l'Institut Pasteur, fera un conférence sur la vie et l'œuvre de Metchnikoff.

Cette conférence sera suivie de la présentation du film de M. Commandon sur la phagocytose.

Education Nationale

Comité permanent du Conseil Supérieur de l'enseignement public. — Sont nommés membres du comité : MM. Edmond Faral (Collège de France), Julliot de la Morandière (Droit), Alphonse Baudouin (Médecine), Paul Montel (Sciences), André Chollev (Lettres), Augustin Damiens (Pharmacie), Fernand Mossé (Louis-le-Grand), Mlle Courtin (Molière), Mme Janssens (Ecole normale d'instituteurs), Mlle Cavalier (école Boulogne-sur-Seine), MM. Deveau (Ecole hôtelière), Ducourneau (collège moderne de Puteaux).

— M. le recteur Gaston Roussy est nommé vice-président du Comité.

Santé publique

Cabinet du ministre. — Sont nommés : directeur du cabinet, M. Michel Bloch ; chef du cabinet, M. le Dr Garipuy; chef adjoint du cabinet, M. Gabrielli.

Conseillers sanitaires techniques. — M. le Dr Desoille, agrégé, est nommé conseiller sanitaire technique pour l'hygiène industrielle et la médecine du travail.

Conseil régional des médecins de la région de Paris. — M. le Dr Edmond Arbeit, 9, quai Voltaire à Paris, est nommé membre du Conseil en remplacement de M. le Dr Pironneau, démissionnaire.

Centres de traitement par la pénicilline

1° Centres parisiens de pénicillinothérapie. — Hôpital Bichat, M. Petit-Dutaillis ; Claude Bernard, M. Lemierre ; Enfants-Malades et Necker, MM. Debré et Leveuf ; La Pitié, M. Clovis Vincent ; La Maternité de Port-Royal, M. Porte ; Pasteur, M. René Martin ; Saint-Antoine, M. Cadenat ; Salpêtrière, M. Mondor ; Trousseau, M. Cathala ; M. Rouget (Oto-Rhino).

2° Centres de pénicillinothérapie de province. — Ajaccio, Hôpital Civil, M. Rippert ; Amiens, Nouvel Hôpital, M. Caraven ; Angers, Hôpital Hospice, M. Bigot ; Annecy, Hôpital d'Annecy, M. Ratier ; Avignon, Hôpital Sainte-Marthe, M. Lesbros ; Bastia, Hôpital Civil, M. Zucarelli ; Besançon, Hôpital Saint-Jacques, M. Gomet ; Bordeaux, Hôpital Saint-André, M. Dupérié ; Bourges, Hôpital Bourges, M. Eschbach ; Caen, Hospice Général, M. Villey ; Châlons-sur-Marne, Hospices Unis, M. Leloup ; Châteauroux, Hôpital Châteauroux, M. Cotillon ; Cherbourg, Hôpital Pasteur, M. Callegari ; Colmar, Hôpital Pasteur, M. Kuhlmann ; Clermont-Ferrand, Hôtel-Dieu, M. Terrasse ; Dijon, Hospices de Dijon, MM. Veillet, Leblanc et Deslandre ; Grenoble, Hôpitaux civils, M. Bethoux ; Epinal, Hôpital Civil, M. Zuber ; Laon, Hôtel-Dieu, M. Macon ; Le Havre, Hospice Général, M. Cambillard ; Le Mans, Hôpital Hospice, M. Barbe ; Lille, Institut Pasteur, M. Gernez ; Limoges, Hospices de Limoges, M. de Léobardy ; Lyon, Hôpital Edouard-Herriot, M. Sedaillan ; Marseille, Hôpital Hospice de la Timone, M. Mattéi ; Metz, Hôpital Bon-Secours, M. Jung ; Montpellier, Cliniques Saint-Eloi, M. Giraud ; Nancy, Hôpital Central, M.

Abel; Nantes, Hôpital général Saint-Jacques, M. Boquien ; Nevers, Hôpital de Nevers, M. Berton ; Nice, Hôpital Pasteur, M. Criol ; Niort, Hôpital de Niort, M. Joubert ; Orléans, Hôpital d'Orléans, M. Renevey ; Pau, Hôpital de Pau, M. Bioy ; Périgueux, Hôpital de Périgueux, M. Crozet ; Perpignan, Hôpital Saint-Jean, M. Puig ; Poitiers, Hôtel-Dieu, M. Le Blaye ; Reims, Hôpital Civil, M. Jacquinet ; Rodez, Hôpital Combarel, M. Virenque ; Rennes, Hospices Civils, M. Leroy ; Rouen, Hôpital Général, M. Fleury ; Saint-Etienne, Hôpital Bellevue, M. Muller ; Saint-Quentin, Hôtel-Dieu, M. Lenoir ; Strasbourg, Hospices Civils, M. Fontaine ; Toulouse, Hospices Civils, Hôtel-Dieu, M. Tapie ; Tours, Hôpital Bretonneau, M. Desbuquois ; Versailles, Hospices Civils, M. Remilly.

Guerre

Nominations et promotions dans le service de santé

(2e liste, voir Gaz. Hôp., n° 11 1er juin 1945, p. 165)

Par décret, en date du 10 juin 1945, (J. O. 19 juin 1945), sont nommés à titre temporaire, soit à compter du 1er septembre 1944, soit à compter du jour de leur rappel à l'activité ou de leur engagement (postérieurement au 1er septembre 1944), les médecins aspirants ou auxiliaires de réserve ci-après désignés.

Au grade de MÉDECINS SOUS-LIEUTENANTS : M. le Médecin aspirant Bisror (G.).

MM. les médecins auxiliaires Aron (C.-F.), Benda (P.-F.), Blanc (P.-N.), Calavrèse (F.-M.), Duchêne-Marullaz, Eisenbeth, Radulesco, Raynaud de Lage, Vidal (J.-C.), Zissman (M.-C.), Castellan (J.), Coiquaud (A.), Colquaud (J.), Denisart (P.-V.), Deruq (J.-J.), Garrigue (L.-P.), Glenat (L.), Ternier (A.).

Capel (A.-F.), Touraine (R.), Chalançon (C.) Peyrot (B.), Perpère (M.), Avierinos (D.), Gandar (M.), Aubin (A.), Chauvin (H.), Wilmet (J.).

Corriol (J.), Bellon (M.), Collombier (N.), Comiti (J.), Miller (H.), Deren (G.), Tramier (G.), Chauvin (P.), Devraigne (P.), Horrui (J.), Lemerre (L.), Léonet (A.), Lustak (E.), Mourier (J.-M.), Royer (E.).

Chosson (A.), Vincenti (L.), Jannot (P.), Gomez (F.), Demezierès (B.), Blancher (G.), Brini (A.), Huchet (A.), Barbizet (J.-J.), Bernard (A.-M.)

Exbrayat (C.), Mathieu (R.), Camerins (R.), Coury (C.-R.), Farcot (A.), Boutin (P.), Gorrichon (P.), Elhim (A.), Antonin (J.), Joal (F.), Poulet (J.-L.).

Balandra (M.), Lehman (J.), Preney (P.-H.), Boucher (J.), Loubère (J.), Chapuis (G.), Pignan (C.), Roussel (A.), Levêque (B.), Ramon (J.).

Taudin G.), Le Bihan (E.), Lewi (S.), Ponsoye (P.), Massiant (F.), Saint-Hillier (R.), Pley (J.), de Berthier (J.), Carlotta (L.), Pironneau (A.).

Aubert (R.), Biraben (J.), Bourget (P.), Cachin (Y.), Cornet (P.), Duffau (A.), Lanta (J.) Lhoiry (E.), Serment (H.), Bouvattier (P.).

Guilleminot (J.), Petit (G.), Birbis (P.), Blochlaine (J.), Michon (J.), Cassayu (G.), Dauphant (P.), Sizaret (P.), Stephen (F.), Weissembach (R.).

Coullaud (D.), Lefèvre (J.), Picard (J.-A.), Bimar (J.), Viollet (G.), Chelle (J.), Brandelet (L.), Marquand (J.), Raymond (P.), Vandooren (M.).

Azma (A.), Neel (J.), Gobert (J.), Courchet (J.), Seta (P.), Darbon (P.), Frouin (J.), Anthony (J.), Resten (A.), Cottin (R.).

Rongier (P.), Bordes (E.), Blanc (M.), Chesneau (G.), Leveau (H.), Jaujou (M.), Lemaire (J.), Petriat (A.), Vanhaecke (J.), Izarn (P.-L.), Masson (J.).

Besquet (R.), Chapuis (G.), Gibert (H.), Savry (A.), Boquien (P.), Leguay (R.), Rousson (J.), Tronyo (R.).

Buis (P.), Kùs (J.), Labayle (J.), Laroche (C.), Marty (P.), Saugnet (H.), Talairach (J.), Larribau (A.).

Bidou (G.), Chapeaud (P.), Dabadie (L.), Delons (P.), Dubedat (P.), Elichiry (M.), Girard (J.), Goigoux (J.), Remond (A.).

Blanchard (P.), Colombet (G.), Ferrand (G.), Feurgard (J.), Marchand (J.), Molla (J.), Bens (A.), Raynaud (J.)

Baup (P.), Chauvet (M.), Le Joliff, (A.) Berthonier (G.), Cheynier (J.), de Groc (J.), Crozet (A.), Dechy (J.), Juin (M.), Legal (R.), Louveau (E.), Poumailloux (G.), Sors (C).

Brochenin (R.), Bruel (A.), Levignac (J.), Leroux (P.), Menier (J.), Soulignac (J.).

Benassy (H.), Bertin (J.), Dudognon (P.), Fabres (M.), Fabregat (G.), Franck (G.), Grivel (M.), Hénou (L.), Le Floch (G.).

Gioan (E.), Guérin (A.), Martin (G.), Picotin (J.); Sauvé (L.), Vaucelle (R.), Wemeau (L.).

Benoit (P.), Delamarre (P.), Landes (H.), Lavielle (J.), Le Couteur (R.), Martre (G.), Soulier (A.), Stoll (G.), Viaud (J.).

Cassan (L.), Gloux (E.), Mauviel (E.), Pilven (Y.), Saussol (R.), Beauchard (P.), Beunaiche (J.), Gobin (C.), Labbé (G.), Schaepelynck (J.).

Caillol (M.), Canonne (C.), Galy (M.), Mallet (H.), Mur (R.), Piet (H.), Samarcq (R.).

Bourgin (G.), Bousquet (J.), Delcroix (A.), Desoutter (G.), Lemaître (G.), Maès (H.), Malbezin (E.), Myant (S.), Pascot (H.), Pecquery (R.), Ponsoye (E.), Salembier (Y.).

Froger (R.), Guibert (G.), Lanselle (L.), Mauriac (A.), Pelletier (J.), Clarisse (J.), Cooren (C.), de Jonkheere (J.), Dubois (J.), Hakin-Ged, Lefebvre (A.), Vansteenberghe (P.), Vermeersch (F.).

Benezech (M.), Bergeron (X.), Biscaye (A.), Bringer (C.), Brunel (D.), Chenal (F.), Daude (P.), Descous (P.), El Okby, Godlewsky (J.), Guerrier (Y.), Lescure (A.), Lethierry d'Ennequin, Malgouyat (R.), Vallat (G.).

Berrin (J.), Cuvelier (R.), Goutorbe (M.), Le Leu (L.), Rabelle (R.), Umbdenstock (R.), Saubesty (J.), Bermaux (J.), Doll (J.), Suire (R.).

Couderc (R.), Mauget (J.), Teulières (J.), Callens (M.), David (M.), Le Branchu (J.), Sevileano (N.), Sizaire (R.), Vacque (H.).

Boissier (J.), Collin (G.), Duchêne (J.), Moisan (A.), Robert (J.-M.), Baumgart (A.), Couvreur (H.), Duluc (J.), von Essen (J.)

Daguet (J.), Duvet (M.), Benoit (C.), Bravard (H.), Chenille (J.), de Chorivit de Sagardiburu, Corre (A.), Ferragu (G.), Gauthier (R.), Lacaze (G.), Phelippot (G.), Pomade (P.), Rebeyrol (G.).

Aurégan (M.), Boursat (C.), Conte (H.), Freour (P.), Germain (R.), Le Guèvel (Y.), Poirier (Y.), Bastien (C.), Martin (J.), Paquet (R.).

Carre (L.), Diebold (M.), Finkel (G.), Ledu (J.), Lhosmot (J.), Pascal (L.), Bertozzi (I.), Besnard (R.), Boissier (E.), Boujol (C.), Cantier (A.), Fournier (M.), Lougnon (P.), Mariage (G.).

Dézarnaulds (P.), Biot (A.-C.), Lancien (Y.-M.), Monie (J-M.), Pariselle (B.), Renard (M-A.), Youinou (P.-M.), Moulinard (L.-E.), Pinel (J.-P.), Teurtroy (P.).

Fillol (J.-B.), Lenormand (E.-A.), Peumery (J.-J.), Bach (R.), Faurel (J.-G.), Chabert (R.), Cresson (H.-R.), Fain (L.-M.), Hémery de Goascaradec (G.-A.), Liegon (P.-A.), Robert-Gorsse (C.), Roukine (L.), Saint-Martin (H.-P.), Simonnet (J.)

Bouelle (J.-L.), Fournier (M.), Leconte (J.), Cote (G.-J.), Lehec (H.-M.), Pequignot (G.), Person (P.-L.), Vincent (J.-C.), Werquin (M.-G.).

Bressieux (L.-L.), Dubois (B.), Dubosq (G.-A.), Lacourbe (R.-A.), Pire (F.-R.), Cougoul (J.-G.), Dupuy (J.-M.), Milot (P.).

David (P.-G.), Kerjean (Y.-E.), Manseau (L.-A.), Patureau (L.-L.), Anatol (J.), Lanta (L.), Meyer (G.), Roux (J.-A.), Guidoni (G.-J.), Mettey (G.-A.).

Sont promus au grade de MÉDECIN LIEUTENANT à titre temporaire, à compter du jour de leur nomination au grade de sous-lieutenant, les médecins sous-lieutenant de réserve inscrits ci-dessus, à l'exception des médecins sous-lieutenants ci-après désignés qui ne réunissent pas les conditions requises pour être promus au grade supérieur : MM. Eisenbeth, Lehman, Radulesco, Calavrèse, Benda, Raynaud de Lage, Duchêne-Marullaz, Vidal, Perpère, Avierinos, Corriol, de Ren, Demezières, Brini, Exbrayat, Mathieu, Chapuis, Bouvattier, Milot, Goigoux.

Sont nommés, à titre temporaire MÉDECINS ASPIRANTS :

MM. les médecins auxiliaires Asserat (S.), Brun (R.), Chastang (G.-A.), Lacroix (A.), Taudin (J.), Benguigui (G.).

Sont nommés, à titre étranger pour la durée de la guerre, pour compter de la date de leur rappel à l'activité ou de leur engagement (postérieurement au 1er septembre 1944),

Au grade de MÉDECIN SOUS-LIEUTENANTS : MM. Urbach (D.), Iscovich, Pavis, Reiser, Tauber, Hunwald, David (R.), Steiner, Demetriades, Perel, Bardelli, Bohier, Karadjoff, Jurist, Chiron dit Hitron, Nesis, Rafe et Renneri. (Suite p. 213)

REVUE GÉNÉRALE

LE HOQUET

Par le Prof. H. Roger, de Marseille

Symptôme fréquent, de pronostic généralement bénin, le hoquet, objet de bien des remèdes populaires, est relativement peu étudié en clinique et en thérapeutique. Et, cependant, il doit être connu, car il peut, par sa persistance, embarrasser bien des fois le médecin qui recherche sa nature et sa cause. Symptôme mineur sans doute, mais symptôme pour lequel on ne doit pas dire *de minimis non curat praetor*.

HISTORIQUE

Hippocrate le considère comme de fâcheux pronostic. Il l'attribue à une « convulsion de l'estomac » : *singultus ventriculi passio est*. Aristote en fait un signe d'affection respiratoire : *singultus pulmonum passio est*. Galien établit son mécanisme inspiratoire.

Au XVII[e] siècle, Sydenham affirme son origine hystérique. Boerhave décrit une épidémie de hoquet et le considère comme une convulsion de l'œsophage. Hoffmann, dans son traité *de singultu* (1733), attire l'attention sur son point de départ diaphragmatique.

Au XIX[e] siècle, Béclard, outre la contraction diaphragmatique, montre le rôle du spasme glottique. L'article d'Eloy, dans le dictionnaire de Dechambre, donne une définition à laquelle il n'y a guère à retoucher.

Au XX[e] siècle, l'épidémie d'encéphalite apporte une contribution importante à la connaissance du hoquet épidémique. Les travaux des physiologistes, H. Roger et Schulmann, précisent quelques points de physio-pathologie. La pathogénie en est mieux étudiée et quelques nouveaux traitements voient le jour, en particulier le traitement opératoire.

Le mot *hoquet* traduit une onomatopée déjà connue de la plus haute antiquité : *Hik-hok* en sanscrit. Les Anglais disent *Hik-up*. Les latins l'appellent *singultus*, de gula, gosier, à cause du bruit glottique qui les avait surtout frappés.

DEFINITION

Nous l'emprunterons à Eloy : « Contraction subite et spasmodique du diaphragme, déterminant une secousse brusque des parois abdominales et thoraciques et s'accompagnant d'un bruit marqué et inarticulé causé par le resserrement de la vibration sonore des lèvres de la glotte ». C'est en somme une myoclonie du diaphragme et des muscles de la glotte, on pourrait l'appeler une myoclonie phréno-glottique, si cette terminologie ne devait pas être réservée au spasme phréno-glottique des nourrissons bien étudié par Bouchut.

SEMIOLOGIE

Nous étudierons successivement ses principaux caractères cliniques, sa répétition, l'évolution des crises.

Etude clinique. — Deux éléments importants sont à considérer : la secousse inspiratoire, le bruit glottique.

1° *Secousse inspiratoire*. — Cette secousse produit un brusque soulèvement de la base du thorax vers le haut, tandis que l'abdomen s'excave, aspiré en quelque sorte du fait de l'inspiration brusque. Parfois coexistent un mouvement synchrone des épaules, du tronc, et même des oscillations simultanées de la tête ;

2° *Bruit glottique*. — Il est parfois intense, il peut réaliser le type du spasme aboyant, s'entendant jusqu'à deux kilomètres dans la campagne (Marage) ;

3° *L'étude pneumo-graphique* a été faite par Roger et Schulmann (*Presse Médicale*, 26 février 1920). — Un fort spasme expiratoire passager est immédiatement suivi d'une inspiration brusque spasmodique avec irruption de l'air à travers la glotte simultanément ouverte.

L'enregistrement révèle fréquemment des secousses myocloniques avortées, à type de simple spasme expiratoire, sans bruit, plus rarement de spasmes inspiratoires seuls. Il montre l'existence de hoquets doubles : deux spasmes successifs, inspiratoire et expiratoire, sans intervalle ou deux secousses expiratoires. Entre les secousses de hoquet, la respiration est plus rapide 23-29, moins ample, irrégulière.

A la radio, on aperçoit d'abord un brusque soulèvement bilatéral des deux coupoles diaphragmatiques, suivi aussitôt d'un abaissement, rarement une tétanisation avec secousses fibrillaires. Il nous a été donné de voir la contraction se limiter à une hémicoupole. Les autres organes, œsophage et estomac, effectuent une ascension brusque, une descente brusque, puis une remontée plus lente.

La pression artérielle baisse au moment de chaque spasme (Marey). Le réflexe oculo-cardiaque est parfois inversé.

Répétition. — La fréquence est de 6 à 15 secousses par minute, exceptionnellement de 60 à 80 (Eichhorst). Le rythme en est plus ou moins régulier. Dans les cas graves, une série de phénomènes s'associe au hoquet. La respiration devient anxieuse et le malade peut se cyanoser et parfois vomir. Il est dans l'impossibilité de se nourrir, de parler (parole hoquetante), de dormir : d'où un état d'abattement et d'épuisement considérable.

Evolution. — L'accès dure en général quelques minutes, en particulier chez les dyspeptiques ; il évolue parfois en salve, il peut reparaître après une accalmie de quelques jours ; il n'est pas rare qu'il dure quelques heures, plus exceptionnellement quelques jours. On a signalé des hoquets récidivants et des hoquets chroniques. Nous avons, en 1921 (Soc. de Neurologie, 7 juillet 1921), publié l'observation d'un syndrome excito-moteur à type de chorée, tics, spasmes, stéréotypies et dysarthrie qui étaient la séquelle d'une encéphalite à forme algo-myoclonique survenue en 1914, au cours de laquelle un hoquet convulsif avait duré 6 mois. On aurait publié des cas durant 20 et 30 ans (Bartholin). La tendance aux récidives sous des influences variées rappelle l'aptitude aux convulsions de certains enfants. Nous avons en 1926 présenté, au Comité Médical des Bouches-du-Rhône, avec Jean Reboul-Lachaux, un homme de 37 ans, atteint depuis un an de secousses diaphragmatiques bilatérales, survenant au rythme de 35 à 50 par minute, en salves irrégulières, avec bruit de hoquet intermittent, persistant pendant le sommeil et rebelles à la thérapeutique. Ces secousses se produisaient par accès durant une dizaine de jours avec périodes intercalaires de durée égale. Le malade avait présenté 4 ans auparavant des phénomènes analogues qui avaient disparu au bout de deux mois.

Un malade de Mayo, âgé de 45 ans, subit en 1909 une gastro-entérostomie : à la suite de rétention, le hoquet dure un jour et guérit par un lavage. En 1913, il est opéré d'entéro-anastomose, sans hoquet. En mai 1931, une cholécystectomie est suivie, dès le soir, d'un hoquet sérieux qui dure plus de 6 jours. Un mois plus tard, une cure radicale de hernie inguinale est accompagnée deux ou trois jours après d'un hoquet bénin ne dépassant pas deux jours.

DIAGNOSTIC

Le public et parfois le médecin confondent le hoquet avec l'éructation, l'aérophagie.

Le *renvoi* ou *éructation* consiste en la sortie généralement bruyante par la bouche de gaz, provenant de l'estomac ou parfois de l'œsophage et qui ont été antérieurement déglutis. Il s'agit d'une contraction de l'estomac ou de l'œsophage qui expulse ces gaz.

Ces éructations se font en général en séries de 6, 8, 12, dans la période post-prandiale chez les dyspeptiques nerveux. Un certain nombre de cas anciens de hoquet dyspeptique n'était autre que de petites aérophagies et sont actuellement facilement distinguées de nos jours.

La confusion est plus facile avec les grandes *aérophagies* des névropathes.

On connaît les cas de tics aérophagiques plus ou moins volontaires. L'inspiration profonde brusque à glotte fermée remplit d'air d'abord leur œsophage ; puis, soit par déglutition de salive, soit par déglutition d'un nouveau bol d'air, leur estomac se vide par éructation. Chez les grands dyspeptiques nerveux, qui croient se soulager en vidant des gaz de fermentation plus ou moins imaginaires, les efforts ne font que produire une série de déglutitions de salive et emmagasiner de l'air qu'ils doivent ultérieurement rejeter : d'où un cercle vicieux. Une série de crises paroxystiques subintrantes peut aboutir à un véritable état de mal aérophagique (tic éructant des pithiatiques) qui devient un supplice pour le malade et altère sa santé. J.-Ch. Roux avait un malade qui avait passé 24 heures à éructer continuellement sans trouver un instant pour boire et manger, sans pouvoir dormir. Un malade de Mathieu avait de 5 à 6.000 éructations par jour.

En général, une observation méticuleuse permet de différencier le hoquet de l'aérophagie à cause de leurs bruits différents, des contractions localisées sur des muscles différents. Mais souvent hoquet et aérophagie peuvent être associés.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Il y a lieu d'étudier l'élément moteur, diaphragmatique et glottique (voie centrifuge), les centres coordinateurs, les voies d'excitation du réflexe (voies centripètes).

I. — Eléments moteurs. Voie centrifuge.

Il y a à la fois contraction du diaphragme et de la glotte : myoclonie phréno-glottique. La contraction du diaphragme dépend de l'intervention du phrénique ; celle de la glotte, du pneumogastrique (récurent).

En réalité, le phénomène moteur est plus complexe.

a) Non seulement le diaphragme intervient, mais encore les muscles inspirateurs, sterno-cléido-mastoïdiens, thoraco-abdomi-

naux, qui peuvent suppléer à l'action du diaphragme : un hoquet rebelle a pu résister à une double phrénicectomie.

b) Au *spasme glottique* s'associe une ouverture synchrone de la bouche.

II. — Centres coordinateurs.

Les myoclonies phréno-glottiques ne sont pas liées à la simple irritation périphérique du nerf moteur. A leur mécanisme participe l'intervention d'un centre nerveux localisé par les uns au niveau de la moëlle, par les autres au niveau de l'encéphale, plus particulièrement du corps strié ou à la région sous-thalamique.

A. — Siège bulbaire. — En sa faveur plaide une série d'arguments :

1° Argument d'analogie, avec les centres des mouvements respiratoires et des vomissements situés sur le plancher du 4e ventricule.

2° Argument clinique. — Dans quelques observations particulièrement bien étudiées du point de vue neurologique, la localisation bulbaire ne fait pas de doute d'après les données de la clinique. Dans un cas de Rimbaud et Chardonneau (Soc. Neur, 11 avril 1929), un hoquet fébrile, ayant persisté plusieurs mois, évolue au cours d'un hémi-syndrome cérébelleux droit avec hémi-syndrome bulbaire terminé par une syncope.

3° Arguments anatomiques :

a) Von Oekonomo a trouvé des lésions bulbaires dans le hoquet épidémique ;

b) Un anévrisme fissuré de l'artère cérébelleuse inférieure gauche avec un épanchement sanguin comprimant le bulbe, conditionnait un hoquet incoercible au cours de diverses poussées méningées ayant duré plus d'un mois chez un malade de Sergent et Grenet (Soc. Méd. Hôp., 5 juin 1908).

Dans un cas de Lamy et Cleret (Soc. Méd., 18 janvier 1907), on trouve à l'autopsie d'un hoquet incoercible un tubercule du pédoncule cérébelleux inférieur gauche comprimant le 4e ventricule et un autre tubercule à l'union de la calotte et de l'étage inférieur de la protubérance.

Lereboullet signale le hoquet 25 fois sur 296 cas de tumeur du 4e ventricule. Un cas de Van Bogaert et Martin concerne une tumeur du bulbe. Chez un malade de Lhermitte et Monier-Vinard un hoquet avec crises syncopales particulières, l'autopsie révèle une gliomatose occupant tout le bulbe sauf dans sa portion ventrale. Dans l'observation de Christophe et Divry (*Journ. Belge de Neur.*, 1937, p. 75), le hoquet paraît un des signes révélateurs de l'engagement du bulbe dans le trou occipital au cours d'un méningiome intra-cérébelleux.

B. — Siège médullaire. — Celui-ci est admis par Langeron, Dechaume et Pétouraud (*Pr. Méd.*, 10 avril 1926), dans un cas de hoquet persistant, accompagnant une méningite tuberculeuse typique ; l'autopsie montre la prédominance des lésions, en particulier cellulaires, au niveau de la moëlle cervicale (C-4), correspondant aux origines du phrénique. Dans un cas de hoquet rebelle d'une durée de 12 jours, Urecchia et Mihalescu (Soc. Méd. Hôp., 28 janvier 1927), trouvent de nombreuses hémorragies capillaires et des altérations cellulaires de la substance grise de la moëlle cervicale, correspondant aux origines du phrénique. Pour Riser et Sorel une localisation médullaire pure, sans intervention du centre bulbaire respiratoire paraît peu vraisemblable.

C. — Toutefois souvent les *lésions médullaires et bulbaires sont associées*.

Dans le cas précité de Langeron, il y avait également infiltration lymphocytaire du bulbe et altération des cellules ganglionnaires. Dans celui de Clerc, Foix et Mercier des Rochettes (Soc. Méd. Hôp., 15 avril 1921), concernant un hoquet, des myoclonies au cours d'une encéphalite typique, il y avait à la fois des lésions pédonculo-protubérantielles respectant le bulbe et des lésions de C-3, C-4, avec périvascularite et chromatolyse.

Schaeffer et Mathieu (*Paris-Méd.*, octobre 1925), rapportent un hoquet épidémique compliqué de Brown-Séquard terminé par dyspnée bulbaire à des lésions encéphalitiques prédominant au bulbe et à la moelle cervicale droite. Kahn, Barbier et Bertrand (Soc. Méd. Hôp., 27 mai 1921), observent un hoquet épidémique foudroyant avec paralysie du membre supérieur droit et hydrophobie : il y a à la fois des lésions bulbaires bilatérales atteignant les noyaux des X et XII et des lésions cervicales médullaires prédominant sur C-3, C-5, à l'origine du phrénique.

D. — Il y a lieu enfin d'envisager la possibilité d'une origine sous-thalamique : dans le cas d'Urecchia, il y avait association de lésions du corps de Luys et du tuber cinéreum.

III. — Voies d'excitation reflexe : voies centripètes.

A côté des cas rares où la lésion siège au niveau des centres, il est plus fréquent d'avoir affaire à des cas où ces centres sont sollicités par une excitation partant de la périphérie.

1° Elle suit souvent les mêmes conducteurs nerveux que les voies motrices, phrénique d'une part, X, XI d'autre part. Ces deux nerfs mixtes contiennent en effet des fibres centripètes comme des fibres centrifuges. L'excitation part souvent du même territoire où se fait la réponse motrice, région thoraco-abdominale avec les nombreux viscères qui sont contenus.

2° Il faut probablement faire jouer un rôle au système sympathique ou para-sympathique. L'importance à ce point de vue du tonus sympathique expliquerait peut-être les susceptibilités individuelles qui permettent le déclenchement du hoquet pour des causes très diverses et souvent insignifiantes chez un même individu, ainsi que la périodicité de ce hoquet.

3° L'excitation centripète part parfois de territoires plus éloignés et emploie la voie d'autres nerfs que celle des X, XI.

ETIOLOGIE

Nous envisagerons les causes d'ordre local (central et périphérique), les causes d'ordre général (toxiques ou infectieuses), agissant probablement sur les centres, les causes névropathiques.

I. — Causes d'ordre local

A. — Causes locales centrales. — 1° *Cérébrales.* — Ce sont surtout les affections à localisation bulbaire ou à retentissement bulbaire par hypertension intra-cranienne. Nous avons déjà signalé, à propos de la physiopathologie, les tumeurs du 4e ventricule, les tuberculomes de la protubérance, les tumeurs du cervelet avec engagement bulbaire. Ajoutons à cette énumération les traumatismes craniens, les hémorragies cérébrales avec inondation ventriculaire. Dans tous ces cas, le traitement doit agir sur l'hypertension intra-cranienne, en particulier par des injections intraveineuses lentement poussées de solution hypertonique de sulfate de magnésie.

Au début et au cours de l'encéphalite épidémique à type oculo-léthargique ou algo-myoclonique, le hoquet peut entraîner par lui-même un état grave et même mortel.

Mentionnons certains cas de chorée et la forme bulbaire du tabes.

Le pronostic du hoquet central est généralement sérieux : les neuro-chirurgiens redoutent son apparition dans les suites opératoires d'une intervention cranienne.

2° *Méningées.* — La méningite tuberculeuse a déjà été mentionnée, il faut faire également une place à la méningite cérébro-spinale, aux hémorragies méningées, etc...

3° *Médullaires cervicales*, plus rares, myélite, luxation ou traumatisme des vertèbres cervicales, etc...

B. — Causes locales périphériques. — Elles sont le plus souvent abdominales, parfois thoraciques.

I. — *Causes abdominales.*

1° La principale place revient à l'*appareil digestif.*

a) Plus particulièrement à l'*estomac*, 10 fois sur 11, d'après Brachet.

Il s'agit souvent d'*affections bénignes :* indigestion agissant par le mécanisme de la dilatation aiguë de l'estomac — simple repas trop copieux ou trop riche en boissons alcoolisées « hoquet a ventriculo pleno » précédant de quelque temps le vomissement qui y met fin — parfois boissons trop chaudes, trop froides, ou encore aliments trop épais, suivant certaines susceptibilités individuelles.

Il est surtout l'apanage des dyspepsies hypersténiques au cours desquelles il récidive souvent, calmé par les alcalins. L'aérophagie peut être cause de hoquet. Leven cite un cas ayant débuté à l'âge de trois semaines et ayant duré 10 ans ; il fut guéri par une mise à plat ventre. Dans d'autres cas, un vomitif, un antispasmodique, un sédatif de la muqueuse gastrique mettent fin à ces hoquets dyspeptiques.

De ces affections stomacales bénignes, rapprochons le hoquet du nourrisson dyspeptique, gras, obèse, considéré comme un signe de bonne santé par le vulgaire. Il est entretenu par la répétition et la prolongation des tétées, parfois par la simple déglutition trop rapide avec aérophagie ; en réalité, il est dû à la limite de surcharge gastrique. Une meilleure hygiène alimentaire, les alcalins le font rapidement disparaître.

Il est plus rare dans les affections graves de l'estomac.

Il se rencontre cependant, d'une manière précoce, dans le cancer du cardia, persistant plusieurs semaines (Bouveret) ; il est plus rare dans l'ulcus, sauf dans les écarts de régime au cours de l'ulcus de la petite courbure.

b) Il peut être en relation avec une affection intestinale : distension du côlon par aérocolie, vers intestinaux chez l'enfant, d'où la nécessité à cet âge de rechercher les parasites et d'administrer calomel et santonine.

c) Pour Hippocrate, il constitue un signe grave d'affection hépatique « in jecoris inflammatione singultus malo est ». En réalité on ne le rencontre guère qu'au cours de la colique hépatique, d'une lithiase vésiculaire douloureuse et prolongée.

2° *Affections abdominales extra-digestives.*

L'*appareil urinaire* occupe une place importante : néphrite, lithiase, infection urinaire, affections de la prostate. Il y a lieu d'invoquer parfois le mécanisme réflexe, le plus souvent un élé-

ment infectieux (infection urinaire) ou toxique (urémie) agissant sur les centres nerveux.

Il y a des hoquets d'*origine génitale*, utéro-annexiels. Dans la grossesse le hoquet accompagne ou non les vomissements gravidiques,

La *rate*, hypertrophiée, peut déclencher ce symptôme par la péri-splénite qui réagit sur le diaphragme.

Le hoquet appartient surtout aux *affections aiguës du péritoine* irritant plus ou moins le diaphragme : péritonite localisée, appendiculaire, péricholécystite, hernie étranglée et occlusion intestinale ou péritonite généralisée, à pneumocoques, traumatique, etc. Il est souvent de fâcheux pronostic. Car, symptôme tardif, il indique une évolution plus ancienne qu'il ne semble au premier abord. Le médecin doit savoir reconnaître la péritonite avant l'apparition du hoquet, car alors il est bien tard pour intervenir.

II. — *Causes thoraciques.* — A part quelques rares cas, au cours d'une pneumonie (vers le 5e ou 6e jour), ou à la défervescence (pouvant s'accompagner d'une insomnie), au cours de rétrécissement ou de spasme œsophagien, de corps étrangers bronchiques, le hoquet est surtout révélateur d'une lésion irritant plus spécialement le *phrénique*.

a) D'une *pleurésie diaphragmatique*. La fièvre, une douleur thoracique très violente, angoissante, une respiration saccadée, courte en sont les principaux signes. L'examen montre une douleur à la pression du phrénique au cou et au niveau du bouton diaphragmatique de Guéneau de Mussy ; la radioscopie précise le diagnostic. Ce hoquet est particulièrement pénible à cause des douleurs qu'il provoque à chacune de ces secousses.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur sa fréquence : à l'encontre de l'opinion de Guéneau de Mussy, Paillard le considère comme plutôt rare et n'appartenant qu'au stade de début. Une irritation profonde du phrénique produit une paralysie et non une clonie du diaphragme. Il peut être dû à un spasme unilatéral de la seule hémicoupole saine. Il n'a pas toujours un fâcheux pronostic : on l'a vu persister plusieurs jours dans des cas curables.

b) D'une *affection médiastinale :* médiastinites diverses, tuberculeuse, plus rarement syphilitique, que la radio a permis de mieux connaître, tumeur du médiastin, plus rarement adénopathie trachéo-bronchique ou anévrisme de l'aorte.

c) D'une péricardite où le hoquet est associé ou non aux vomissements.

C. — Hoquet post-opératoire. — De ces hoquets thoraco-abdominaux rapprochons le hoquet post-opératoire, celui qui est indépendant de toute complication péritonéale et de toute dilatation aiguë de l'estomac.

Il survient surtout chez les hommes, est plus fréquent entre 50 et 60 ans, de préférence après les interventions portant sur les parties hautes de l'abdomen (estomac, voie biliaire, pancréas, côlon), plus rarement sur les voies urinaires, la prostate, l'ovaire, ou après une thoracoplastie, exceptionnellement après une simple anesthésie générale, au protoxyde d'azote par exemple. Il s'observerait plutôt à certaines saisons (Mayo) entre novembre et avril. Il dure 4 à 27 jours, en moyenne 10 jours. Il est rebelle au traitement.

De nombreuses hypothèses pathogéniques ont été invoquées :

1. Causes locales : troubles dyspeptiques gastriques, infection péritonéale fruste, pincement épiploïque probable.

2. Causes générales : azotémie (en particulier chez les opérés urinaires), toxémie de la maladie post-opératoire avec troubles de la chlorémie, infection par un streptocoque neurogène isolé par Mayo et Rosendal, qui, inoculé aux animaux, provoquerait un spasme diaphragmatique.

Divers traitements ont été préconisés : soit symptomatiques, inhalations surtout de carbogène (Sheldon), d'oxygène ou d'anesthésiques, éther ou chloroforme, soit généraux, lutte contre la déshydratation, la défaillance cardiaque, soit anti-infectieux (Mayo) sérum anti-virus neurotrope pouvant faire disparaître le hoquet en quelques heures.

II. — Causes d'ordre général

Une place importante doit être réservée aux intoxications, aux infections.

A. — *Intoxications.* — 1° Parmi les *intoxications exogènes*, il faut mettre au premier rang l'*alcool*, qui agit autant sur le bulbe que sur l'estomac. Regnard a pu dire dans son *Démocrite :*

« N'êtes-vous point de ceux
A qui beaucoup de vin fait sortir la tendresse,
Qui vont en cet état aux pieds de leur maîtresse
Exhaler les transports de leurs brûlants désirs
Et pousser des hoquets en guise de soupirs. »

L'action spasmogène de la nicotine explique le hoquet de la première pipe, d'un mauvais cigare. Tanquerel Desplanches signale le hoquet au cours de la colique saturnine.

2° Parmi les *intoxications endogènes*, l'*urémie* est souvent en cause. On connaît la forme myoclonique de l'urémie que nous avons contribué à mieux décrire avec Chaix : le hoquet peut faire partie de l'ensemble du tableau clinique ou en être une forme isolée, présenter une forme hémidiaphragmatique.

L'hypocalcémie est plus rarement invoquée. Dans un cas de hoquet post-opératoire rebelle, après intervention pour cholécystite aiguë, Aubert et Raybaud (Soc. de Chir. de Marseille, 1938) trouvent une hypocalcémie sans signes frustes de tétanie et guérissent par une injection intraveineuse unique de calcium un hoquet qui durait depuis 11 jours.

3° Il y a lieu de rapprocher le *hoquet agonique*, peu bruyant, superficiel, coexistant avec le râle trachéal, probablement dû à une anoxémie bulbaire.

4° La rareté d'un *hoquet anaphylactique* doit être prise en considération.

Mironescu et Lazarescu relatent l'observation d'un homme de 57 ans traité par sérothérapie anti-charbonneuse pour pustule maligne (Soc. Méd. Hôp. Paris, 7 février 1936). A la suite de ce traitement apparurent simultanément une éruption sérique et un hoquet persistant. Ces accidents disparurent en même temps au bout d'une huitaine de jours.

Chez un malade atteint de hoquet périodique, précédé chaque fois d'une crise d'hydrorée nasale très abondante durant plusieurs heures, nous avons, avec J. Reboul-Lachaux, conclu à la nature anaphylactique des troubles déclenchés à la faveur d'une épine irritative des voies aériennes supérieures.

B. — *Infections.* — Le hoquet apparaît surtout dans les infections à localisation digestive prédominante, choléra à la période algide, fièvre typhoïde.

Dans l'*infection éberthienne*, le hoquet apparaît au deuxième septénaire ou au commencement du troisième ; il est de pronostic fâcheux, mais n'est pas nécessairement mortel. Parfois première manifestation d'une perforation intestinale, il est le plus souvent lié à l'action convulsivante des toxines typhiques sur le bulbe, à un réflexe parti de l'iléon. Les hoquets survenus au cours des anciennes épidémies de fièvre typhoïde, telles celles d'Irlande (1817-1827) avec crises subintrantes empêchant le sommeil, avec vomissements bilieux et tuphos grave, nous font poser la question de l'origine encéphalitique plutôt qu'éberthienne de pareilles épidémies.

Le hoquet survenant au cours d'une scarlatine peut être en rapport avec l'azotémie.

Hutinel et René Martin ont observé un jeune homme présentant de temps à autre, depuis deux ans, un syndrome de névralgie phrénique accompagné de toux, de hoquet et de fièvre. La précession ou l'accompagnement de douleurs articulaires, l'amélioration par le salicylate de soude, plaident en faveur d'une origine rhumatismale. En l'absence de syndrome péricardique, l'irritation phrénique serait conditionnée par une pleurésie sèche de la plèvre diaphragmatique.

Nous avons déjà signalé le hoquet de l'*encéphalite épidémique* et y insisterons à nouveau à propos du hoquet épidémique.

Dans un cas de Lhermitte et Baslez (Soc. Méd. Hôp., 25 février 1924), un hoquet incoercible, accompagné de spasmes de la glotte, de vomissements, d'hématémèse et de méléna, compliquait un zona de D-8. Les auteurs le rapportent à une myélite zestérienne remontant au bulbe : modification des réflexes abdominaux, exagération unilatérale des réflexes tendineux, ébauche de signe de Babinski.

C. — *Le hoquet maladie, le hoquet épidémique.* — Il est une série de cas dans lesquels on ne trouve aucune étiologie précise, ni centrale ni périphérique et qui constitue le hoquet en quelque sorte essentiel, le hoquet maladie. Il survient à certaines saisons plutôt qu'à d'autres. On le voit évoluer le plus souvent sous forme de petites ou même de grandes épidémies. Tricot-Royer (d'Anvers) a découvert un curieux poème sur une épidémie de « hoquette » qui sévit à Tournai en 1413. Sicard l'avait signalée en même temps que l'épidémie d'encéphalite de 1919-1920. Nous-même, dans l'année 1922-1923 en avons réuni une trentaine de cas. Depuis lors il n'est pas rare d'en recueillir 5 à 6 cas au cours d'une période de quelques semaines. Il frappe davantage les hommes.

Parfois précédé d'un catarrhe respiratoire, il évolue avec une température sub-fébrile (37-8, 38-3) sous forme de secousses incoercibles, calmé seulement par le sommeil (difficile d'ailleurs à obtenir), durant de quelques heures à quelques jours. Il évolue habituellement sans séquelles, mais a tendance à récidiver chez le même individu les années suivantes.

Il n'est pas exceptionnel de constater à peu près simultanément quelques cas dans une même famille ou un même milieu.

On a incriminé successivement une infection partie de l'estomac, à cause de l'état saburral des voies digestives et de l'effet des vomitifs (Paul Blum), une infection de l'appareil respiratoire, à cause du début par laryngite ou trachéo-bronchite et de la coïncidence avec les catarrhes saisonniers : on a supposé en pareil cas une névralgie grippale du pneumo-gastrique. Un streptocoque spécial « streptococcus singultus » aurait été isolé par Rosenow.

On pense plutôt à un virus atteignant directement les centres nerveux. L'identité avec le virus encéphalitique a été soutenue en se basant sur des arguments divers : épidémiologiques, coexistence déjà signalée par Œkonomo d'épidémies d'encéphalite et de hoquet : cliniques, cas d'encéphalite authentique compliquée, du 7e au 23e jour, de hoquet (Hanns, *Progrès Méd.*, 28 mars 1921), cas de hoquet suivi d'encéphalite, cas évoluant en trois phases de hoquet, de myoclonies, de léthargie (Rathery et Bordet, Soc. Méd. Hôp., 4 février 1921), cas personnel d'encéphalite chez la fille suivie de hoquet chez le père ; anatomiques, altération élective des centres médullaires du phrénique avec lésions histologiques du type encéphalitique (Ducamp) ; expérimentaux (Levaditi).

Contre une identification complète, on objecte l'absence de toute ophtalmoplégie, de toutes séquelles parkinsonniennes, ainsi que sa bénignité.

Peut-être faut-il faire entrer en ligne de compte un des virus paraencéphalitiques de Sicard.

III. — Causes névropathiques

Le champ de la névrose, autrefois si étendu, se rétrécit de plus en plus. Il n'en reste pas moins des cas où aucune autre étiologie n'est décelable et où ce facteur s'impose chez une femme généralement jeune, ayant eu ou non d'autres accidents névropathiques.

Nous avons observé des hoquets survenant chaque fois à l'occasion d'une émotion ou d'un choc affectif (ennuis conjugaux, par exemple), s'arrêtant sous l'influence de la suggestion, reprenant sous l'action de la volonté. L'un de ces cas s'accompagnait de contracture pithiatique d'un membre.

Le hoquet névropathique débute brusquement, s'accentue sous les influences psychiques. Ses secousses sont irrégulières, rapides, groupées par salves. Elles ne gênent pas le sommeil, quoique pouvant durer des semaines et des mois. Le bruit glottique est souvent très accusé, rappelant l'aboiement du chien (toutefois certaines toux aboyantes sont d'origine encéphalitique). Dans un cas de Camus et Pagnez, un bruit laryngé modulé reproduisait le roucoulement de la tourterelle.

Le caractère parfois épidémique pourrait faire rejeter l'origine névopathique et faire penser au hoquet épidémique d'origine infectieuse paraencéphalitique. Mais on connaît les épidémies de névrose qui ont sévi dans les temps anciens. Rappelons les épidémies de hoquet de l'hôpital d'Harlem, relatées par Bœrhave, celle du couvent de Montarès (Espagne, 1757), publiée par Briquet et Calmeil. Sauvage relate le cas de trois jeunes filles contagionnées par une amie.

O. Ryan, dans une assemblée au Collège des Médecins de Lyon, le 15 septembre 1784, relate la curieuse observation suivante :

« En 1698, on vit une fille d'environ 23 ans, attaquée d'une maladie trop extraordinaire, à Vilemané, en la Nouvelle France. Cette fille fut affligée d'un hoquet continuel et violent, avec lequel elle imitait assez bien le jappement d'un chien ; elle souffrait beaucoup par le mouvement continuel du diaphragme et par une secousse forcée des intestins, qui lui permettaient à peine de prendre quelques gorgées de bouillon pour se soutenir. Elle entra dans l'Hôtel-Dieu pour être plus à portée d'être secourue et les religieuses la placèrent dans la salle des femmes, où il y avait quatre autres jeunes filles, malades de différentes maladies qui ne se ressemblaient point du tout. Trois jours après l'entrée de cette fille, l'on entendit les quatre autres hoqueter dans leur lit et attaquer de la même manière et avec les mêmes symptômes. Le 5e jour, celle qui était entrée avec le hoquet en fut guérie, mais les quatre autres continuèrent de l'avoir avec les circonstances et les symptômes qui faisaient pitié, car après avoir hoqueté pendant une demi-heure, elles entraient dans des convulsions si violentes qu'il fallait quatre hommes pour en tenir une.

» Le hoquet, les convulsions leur arrivaient à toutes quatre en même temps : pendant les convulsions, elles avaient les yeux fermés, elles se débattaient avec violence, elles mordaient, déchiraient ce qu'elles pouvaient attraper. Les accès duraient un bon quart d'heure ; après quoi elles demeuraient sans mouvements et presque sans respiration pendant un quart d'heure. Elles revenaient à elles-mêmes et paraissaient se bien porter pendant une demi-heure.

» Après cet intervalle de santé recommençait le hoquet, ensuite les convulsions, la léthargie et la résurrection, ce qui dura de cette manière jour et nuit sans interruption pendant huit jours. »

On peut voir là tout le tableau de la névrose. Toutefois il peut être difficile de trancher le diagnostic entre hoquet épidémique et hoquet névropathique. Achard et Rouillard (Soc. Méd. Hôpit., 20 mars 1920), rappelant la contagion de la toux, du bâillement, du rire, se demandent si le virus encéphalitique ne créerait pas dans les centres nerveux une aptitude particulière au hoquet, qui se manifesterait alors plus aisément par imitation. Dans une petite épidémie d'hôpital observée par Euzière et Siméon (*Languedoc Médical*, 18 janvier 1921), le premier cas était manifestement dû à la contagion névropathique par lecture de journaux relatant une épidémie de hoquet, mais trois autres cas apparus chez des sujets non suggestibles étaient probablement d'origine encéphalitique.

TRAITEMENT

Il doit être surtout causal, s'adresser à la cause cérébrale (infectieuse, toxique, néoplasique, hypertensive, etc...), à l'épine irritative périphérique (digestive, pulmonaire).

Souvent, il se contentera d'être symptomatique, s'efforcera d'atténuer l'élément spasmodique, de provoquer un réflexe inhibiteur à point de départ muqueux ou cutané, de freiner l'action du pneumo-gastrique ou du phrénique.

I. — Médications anti-spasmodiques et sédatives.

On a tour à tour utilisé : les diverses solanées, belladone (sous forme d'ingestion de teinture, de décoction de racines de belladone ou sous forme d'injections sous-cutanées d'un milligramme d'atropine), scopolamine, datura, seules ou associées entre elles, les opiacés divers, y compris la morphine souvent inactive, les barbituriques, les bromures, le benzoate de benzyle, les anesthésiques, éther ou chloroforme.

Parmi les médications du sympathique, on a aussi bien préconisé l'adrénaline « per os » que l'histamine en injections intradermiques dans la région inter-scapulaire.

II. — Médications provocatrices d'un réflexe inhibiteur.

De l'excitation de la muqueuse ou de la peau dérive toute une série de remèdes populaires.

I. — *Excitation d'une muqueuse.*

a) Digestive :

Linguale : pincée de sel, morceau de sucre ou goutte de vinaigre déposés sur la langue, extériorisée énergiquement hors de la bouche, traction rythmée de la langue.

Pharyngée : gargarisme d'eau froide, badigeonnage pharyngé.

Œsophagienne : ingestion d'un gros cachet ou d'une grosse croûte de pain, cathétérisme avec la sonde, galvanisation.

Gastrique. simple ingestion de limonade très gazéifiée, vomitif (ipéca), lavage d'estomac, poudre bismuthique ou de kaolin.

b) Respiratoire :

Nasale : se pincer le nez en buvant lentement, priser du tabac en regardant le soleil, provoquer un éternuement. Tel le conseil donné par le médecin Erysimaque à Aristophane, tel qu'il est rapporté par Platon dans son célèbre Banquet : « Efforce-toi de retenir longuement ton haleine et ton hoquet passera. S'il ne cesse pas ainsi, gargarise-toi avec de l'eau. Mais si pourtant ce hoquet est fort violent, prends quelque chose pour te chatouiller les narines, éternue, et si tu provoques une ou deux fois l'éternuement, ton hoquet cessera. »

II. *Excitation cutanée.* — Pointes de feu de la base thoracique ou mieux du creux épigastrique, suivant le vieux remède japonais du XVIe siècle rénové par Bretonneau à Tours au XIXe, pulvérisation d'éther ou de chlorure de méthyle au même niveau, violents coups frappés dans le dos, compression du poignet ou du nerf cubital, simple décubitus ventral.

III. — Thérapeutique tendant a freiner l'action du X et surtout du phrénique.

1° *Pneumo-gastrique.* — Réflexe oculo-cardiaque (Lœper), soulèvement de l'os hyoïde (Nothnagel), compression des conduits auditifs en y enfonçant les auriculaires, la tête étant portée en extension forcée (Hénocque).

2° *Phrénique.* — *a*) A sa périphérie, compression directe de l'abdomen ou au moyen des genoux fortement fléchis sur le ventre.

b) Sur son trajet : vésicatoire au cou, compression du nerf au-dessus de la clavicule derrière l'insertion du sternocléidomastoïdien ; dans les cas rebelles, novocaïnisation du phrénique (Decoulx et Belbenoît) ou son alcoolisation (Maurane) ou même son ablation, phrénicectomie bilatérale (Pickard, Gamble, Dowmann, Speers, Skillern, Smith), pratiquée en arrière de la clavicule (Von Gœtze) ou même à l'intérieur du thorax (Thiersch). Toutefois même la phrénicectomie bilatérale n'arrête pas toujours le hoquet. Chez un malade d'Œhler qui finit par se suicider, chez celui de Max Kappis ou même après cette exérèse, le diaphragme fonctionnait bien, ce qui indique une autre innervation que celle du phrénique. Les clonies portaient surtout, il est vrai, plus sur les muscles du cou, de l'épaule, du thorax que sur le diaphragme.

En réalité, le hoquet reste malgré tout un signe mineur et domine rarement la maladie.

« Simple symptôme d'assez humble attitude, le hoquet suit toujours quelqu'un. Si ce quelqu'un est d'importance, le hoquet le transforme lui-même en signe avertisseur d'un trouble grave ou d'une gravité prochaine. Que la maladie, au contraire, appartienne simplement à des troubles nerveux purs ou greffés sur des désordres bénins, le hoquet, pour son compte, pourra faire bien du tapage. Il ne se permettra jamais de mettre en danger la vie de l'intéressé. »

LE TRAITEMENT PAR CHOCS CHEZ L'ENFANT ANORMAL

Par M. Georges d'Heucqueville

Les traitements de choc dans les maladies mentales de l'adulte ont fait l'objet de travaux innombrables. Et la liste serait trop longue même de ceux qui ont paru depuis cinq ans dans la presse médicale sur les chocs par l'insuline, le cardiazol ou l'électro-choc.

De tout temps d'ailleurs, les aliénistes ont voulu guérir leurs malades en les soumettant à des chocs : choc par le « lit-bascule » qui renversait le sujet dans un bassin plein d'eau, choc par « bain-surprise », choc de la douche écossaise, choc de l'accès palustre chez le paralytique général.

En thérapeutique nerveuse et mentale de l'enfant, au contraire, longtemps les médecins ont hésité à recourir aux chocs. Jusqu'à ces dernières années, à peine retrouvait-on dans la littérature une tentative de Jungeblutt pour enrayer la poliomyélite par narcose ou convulsions artificielles.

Une polémique même vient de s'élever entre deux éminents collègues sur le droit du médecin d'appliquer à l'enfant les traitements de choc : faut-il y voir une « expérience sur des enfants » ? ou simplement une thérapeutique souvent efficace et toujours sans danger ?

Or, depuis des années, dans notre service de la Villetertre, avec les Frères Hospitaliers de Saint-Jean-de-Dieu, nous avons recours aux chocs, soit sous forme de narcose par le gardénal injectable (mieux que l'avertine par voie rectale), soit de convulsions par cardiazol intraveineux.

Chez quels malades est indiqué ce traitement ?

De préférence, dans les syndromes à excitation dominante, chez les épileptiques et instables moteurs, nous avons recours aux chocs-narcose.

Le traitement par chocs-convulsions, chez l'adulte, réussit surtout dans la démence précoce et la mélancolie chronique.

Chez l'enfant, par analogie, nous prescrivons la cure de cardiazol chez les déments précoces et les débiles apathiques.

Nous l'avons utilisée aussi chez les discordants, les instables, les sujets à réactions perverses ou à troubles du caractère.

En revanche, nous regardons comme contre-indications toutes manifestations épileptiques, que les chocs-convulsions pourraient aggraver : non seulement le mal comitial franc, mais encore les absences, le somnambulisme et la banale incontinence nocturne, ou encore l'antécédent de convulsions du premier âge.

De même sont à écarter tous les sujets atteints de lésion organique du névraxe, hémiplégiques, paraplégiques, monoplégiques, choréïques, athétosiques, tous ceux qui présentent le signe de Babinski ou une quelconque anomalie du liquide céphalo-rachidien.

Enfin il faut y renoncer en cas de lésion cardiaque, instabilité du rythme ou hypertension artérielle, ou chez les malades d'état général précaire.

Comment conduire le traitement ?

Le malade reçoit en règle une série de 10 chocs, à la fréquence d'un par jour, un jour sur deux, trois ou le plus souvent deux fois par semaine.

L'injection se pratique le matin, le sujet laissé à jeun dans son lit, par voie intra-veineuse au pli du coude. On la pousse aussi rapidement que possible, par une aiguille de fort calibre. Par tâtonnements, nous avons déterminé la dose minimum qui déclanche la convulsion : 3 cm3 de la solution Cruet pour un enfant de 10 ans et 25 kg., 4 cm3 pour un sujet de 14 ans et 40 kg.

Chez l'adulte, la crise n'est pas instantanée : il s'écoule 10, 20, 30 secondes après l'injection, pendant lesquelles le malade éprouve une *aura* d'angoisse très pénible, dont il conserve le souvenir, de sorte qu'il appréhende les injections suivantes. Aussi l'électro-choc, à réponse immédiate, est-il à préférer.

Chez l'enfant, cet inconvénient disparaît et l'électro-choc perd cet avantage. La convulsion commence de 2 à 5 secondes après l'injection. On n'observe aucune *aura* anxieuse, l'opération ne laisse aucun souvenir, aucune appréhension.

La crise de l'enfant reproduit l'accès comitial classique, amputé toutefois de sa première phase tonique, de la chute et du cri. Elle consiste en décharges cloniques prolongées 10 à 20 secondes, puis en stertor qui dure de 20 à 40 secondes jusqu'au réveil, l'inconscience couvrant une minute en tout environ.

Dès les premiers mouvements automatiques, on protège la langue et les dents, tout en assurant le passage de l'air au moyen d'un caoutchouc dur enfoncé de quelque 10 centimètres derrière l'arcade dentaire, qui vient mordre sur lui sans dommage : nous avons adopté ce modeste artifice comme plus commode et plus inoffensif que les divers ouvre-bouches proposés. Grâce à lui, jamais les malades ne se cyanosent.

L'enfant se réveille comme d'un rêve, quelques secondes encore désorienté, puis il s'étire, se replie en chien de fusil et s'endort. Après une heure de sommeil naturel, il réclame son petit déjeuner, se lève, reprend sa vie habituelle et regagne la classe.

Voici deux premiers malades qui se rattachent au grand cadre de la *démence précoce :*

Jean C..., père mélancolique, un frère sur quatre mort de convulsions en bas âge. Gestation, naissance et premier développement normaux. A 18 mois, l'enfant tombe de son berceau sur le front ; fièvre et délire quelques jours. A 4 ans, il se trouve enlevé à la grand'mère qui l'élevait : il se met à rire sans motif et à parler seul. A 11 ans, examen physique négatif, niveau mental 6 ans, mémoire en revanche normale. Il suit la classe, mais, de temps à autre, sans raison, il se dresse pour scander à tue-tête ces mots stéréotypés : « Ja... not... la... pin.. » qu'il répète en balançant le torse en mesure. Autres impulsions : il brise des vitres, frappe d'autres enfants avec sauvagerie. Série de 10 convulsions-chocs : 2 mois d'accalmie, mais ensuite reprise de l'évolution et internement en hôpital psychiatrique.

Dans le cas suivant, au contraire, le résultat s'est montré durable :

Jean Q..., père alcoolique, deux frères débiles mentaux. Admis à la Villetertre à 6 ans. Réflexes vifs, ectopie testiculaire. Opposition systématique, raideur, mutisme persistant. Le malade demeure en classe 5 ans sans rien apprendre. Malgré la cure sédative, il se renferme dans son mutisme, présente des impulsions absurdes, martyrise les animaux. Série de 10 convulsions-chocs. Dès la première, Jean accepte de servir la messe, puis d'y répondre. Un mois plus tard, à la fin de la série, il se laisse aller à dire quelques mots dans les jeux. En classe enfin, le maître signale qu'il s'éveille : en trois mois, il apprend à lire.

Débiles mentaux apathiques :

Julien G..., grand-père alcoolique, une tante atteinte de luxation de la hanche. Marche à 18 mois. Echec scolaire dans deux instituts de perfectionnement pour arriérés. A 11 ans, niveau mental de 6 ans, langage informe, crâne en pointe, oreilles de macaque, dents de poisson. Série de 10 convulsions-chocs. On note quelque amélioration dans le comportement : le malade apprend à jouer aux « cubes ». Mais le niveau mental reste sans changement.

Jean M..., père suspect de syphilis, mais réaction de Wassermann négative dans le sang du malade et liquide céphalo-rachidien normal. Rachitisme, ectopie testiculaire. Langage de bébé. A 13 ans, niveau mental de 7 ans. A grand renfort de leçons particulières, il suit le cours élémentaire : il ne cesse de grignoter ses cahiers et ses livres. Série de 10 convulsions-chocs. Dès les premières, le maître signale des progrès et renonce aux leçons particulières. Le niveau mental s'élève à 8 ans 1/2.

Enfin voici deux *instables* avec troubles du caractère, à type de perversions, réactions médico-légales :

Jean E... a ses parents à Madagascar, bien portants, un grand-père tuberculeux. Premier développement normal. A 7 ans, commotion dans un bombardement. Depuis lors, cauchemars, école buissonnière, vols de chocolat. Admis à la Villetertre à 9 ans, niveau mental 7 ans, examen physique négatif. Hostile, renfermé, il nargue les religieux dans leurs exercices au nom de prétendues convictions calvinistes, frappe les autres malades, se coupe les cheveux pour faire rire, boit l'eau des w.-c., jette au feu des mouchoirs. Série de 10 convulsions-chocs ; le malade devient plus souple, réussit mieux en classe. Trois mois plus tard, il quitte le service presque guéri et, depuis lors, a repris ses études dans un cours secondaire.

Pierre C... est fils d'un officier bien portant et d'une névropathe, divorcée à ses torts pour adultère et condamnée à la suite de nombreux vols à l'étalage. Dès l'âge de 7 ans, Pierre vole des soldats de plomb, une collection de timbres, les provisions d'un camarade, puis des bijoux, une paire de bas. Il truque ses notes et se rend indésirable dans la plupart des collèges. A 13 ans, examen physique négatif, niveau mental de son âge. Série de 10 convulsions-chocs. Le malade proteste avec véhémence. « Il paraît, écrit-il à son père, que l'on m'endort et qu'on me fait la respiration artificielle, sans quoi je serais mort à l'heure qu'il est ; le docteur compte m'enlever toutes mes forces ; il se trompe ; qu'il prenne garde à la justice ! » Dès la première injection, les vols ont cessé : ils ne se sont plus jamais reproduits depuis deux ans.

Dans l'ensemble, quels résultats donnent les séries de chocs ?

Dans notre statistique, qui porte sur près de 1.000 chocs, nous n'avons jamais noté aucune complication. A peine si, chez quelques sujets, la première convulsion n'a pas été franche, soit que la dose injectée de cardiazol se soit trouvée trop faible, soit que l'injection ait été trop lente à travers une aiguille ou une veine trop étroites.

En moyenne, nous comptons 20 % d'améliorations nettes chez les déments précoces, 25 % chez les débiles apathiques, 30 % chez les instables avec troubles du caractère à type de perversions.

Comment expliquer leur action?

La première vient à l'esprit l'explication de pédagogie vulgaire : Pierre C..., par exemple, aurait cessé de voler parce qu'il redouterait l'injection. Ce raisonnement ne joue que dans des cas très rares, la crise étant en règle couverte tout entière par une amnésie totale.

A l'occasion de l'onirisme fugitif qui suit le réveil, certaines charges affectives du subconscient feraient-elles irruption dans la conscience du malade, brisant ses barrages, secouant son apathie ou inhibant les tendances perverses? La médication relèverait alors de la psychanalyse. Or, la plupart de nos malades n'offraient aucune prise à l'analyse selon l'école de Freud.

Le choc-convusion agit-il chez nos déments précoces, nos apathiques et nos instables comme le choc-accès palustre dans la malariathérapie des paralytiques généraux? Se borne-t-il à rendre, aux habitudes mentales fixées, comme aux lésions scléreuses, leur sensibilité primitive à la cure étiologique?

C'est ainsi que nous concevons le traitement par chocs-convulsions ou par chocs-narcoses. Tous deux n'agissent que si le malade est maintenu, entre les chocs et après la série, dans une hygiène de cure sédative sévère (bains prolongés tièdes, siestes, etc...) et une ambiance pédagogique appropriée (musique, jeux éducateurs, classes spéciales).

Mais, tandis que la malariathérapie réveille des lésions anatomiques acquises, le choc s'attaque à des caractères biologiques innés, donc héréditaires. Sur ces derniers, avons-nous montré ailleurs, l'on n'a prise que dans les premières années de la vie, avant que soit fixée la personnalité biologique. Le traitement par choc permettrait de leur rendre pour un temps leur plasticité, leur sensibilité aux agents thérapeutiques.

En résumé :

Chez l'enfant, comme les narcoses-chocs par gardénal injectable, les convulsions-chocs par cardiazol sont sans danger. Elles améliorent environ 20 % des déments précoces, 25 % des débiles apathiques, 30 % des instables avec troubles du caractère. Comme la malariathérapie, ils n'agissent, semble-t-il, qu'en rendant le malade pour un temps sensible aux agents thérapeutiques.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

11 *avril.* — M. Daland. — Sur les anévrismes disséquants de l'aorte.

M. Lefevre. — De la sulfamidorésistance.

M. Guillebaud. — De l'élimination urinaire du pregnandiol.

12 *avril.* — M. Gaine. — Du dosage clinique de l'hémoglobine dans le sang humain.

M. Nicolle. — Les séquelles encéphaliques des traumatismes obstétricaux.

18 *avril.* — M. Poirard. — De trois septicémies puerpérales traitées par la pénicilline.

M. Brulé. — Des ulcères de la face postérieure de l'estomac.

M. Henry. — Sur les pharyngo-stomatites ulcéro-nécrotiques.

M. Rousse. — Un cas de tétanos par avortement guéri par le traitement médical.

M. Descamps. — Fractures des métacarpiens et des premières phalanges.

M. Boutaric. — Sur l'organisation moderne de la transfusion sanguine en France.

M. Aussant. — Des intoxications par le beryllium.

M. Rousseau. — Sur les tumeurs du ligament rond.

M. Monghal. — Du pronostic des infections post-abortum compliquées d'anurie.

M. Le Forestier. — L'érythème noueux par sulfathiazol.

M. Tabart. — Des broncho-pneumonies de l'enfant et des pneumopathies du vieillard.

M. Calvo-Platore. — Coqueluche. Rougeole.

M. Bouchery. — De la granulie cancéreuse des poumons.

M. Elghozi. — Titrages biologiques de la pénicilline.

M. Jabouille. — La part du traitement médical dans la tuberculose rénale.

M. Tavera. — La méthode de Volhard dans le traitement des néphrites aiguës.

M. Blumenfold. — Le traitement des métrorragies fonctionnelles rebelles par l'injection intraveineuse d'acide ascorbique.

M. Beauzemy. — Geber, le maître de Rhazès et des médecins chimistes arabes au moyen âge.

M. Cariou. — D'un cas d'oblitération de la veine cave supérieure par médiastinite chronique.

M. d'Oblonsky. — Aperçu sur l'huile de foie de morue et de poissons en général au point de vue thérapeutique.

19 *avril.* — M. Le Rolle. — Guerre et tuberculose.

M. Moulin. — Les rétrécissements sténosants post-traumatiques de l'intestin grêle.

M. Julien. — Radiomanomètre dans dystomes et hyperesthésies biliaires.

24 *avril.* — M. Crépin. — Maladie de Sutton et le vitiligo périnévritique.

M. Missonnier. — La forme hypertrophique de la porokératose de Mibelli.

M. Kerbiriou. — Avortement et sulfamidothérapie.

M. Forgeau. — Sur quelques observations de ruptures utérines.

25 *avril.* — Mme Dumas. — Essai sur la mélancolie féminine en Vendée.

M. Girvès. — Essai sur le traitement préventif de l'intoxication benzolique.

M. Monfrais. — Des rétentions placentaires du post-partum.

M. Baufle. — Le cancer gastrique mucoérosif à marche lente.

M. Périat. — Les septicémies à staphylocoques blancs.

M. Michiels. — Erythème noueux et sulfathiazol.

M. Robert. — Pneumothorax extra-pleural et collapsothérapie bilatérale.

Mme Russak. — Concrétions calcaires de la sclérodermie.

27 *avril.* — M. Senecal. — Du traitement des fractures marginales postérieures dans les fractures de Dupuytren récentes

M. Oger. — Les accidents urinaires au cours du traitement par sulfaméthyldiazine.

M. Forestier. — Du syndrome d'Ehlers-Danlos.

M. Bara. — Essai sur le rôle des capillaires dans les affections périodontiques.

M. Marchand. — Des accidents de la vaccination asssociée, en particulier des accidents tétaniformes.

M. Christian. — Les mains des hémiplégiques. Leur traitement orthopédique.

2 *mai.* — M. Bantman. — Du traitement des staphylococcémies par l'iodo-sulfamidothérapie.

M. Le Grand. — Le traitement de la rhinite aiguë.

M. L'Hoir. — Parkinson et tabes.

M. Colle. — De la maladie du col vésical chez la femme.

M. Bauchart. — Le tétanos post-abortum.

M. Besson. — D'un cas de péricardite séro-fibrineuse, dite de primo-infection tuberculeuse.

M. Hamel. — De l'endocardite typhique.

M. Lesage. — Exploration fonctionnelle du poumon.

M. Chavelet. — Sur un cas d'agranulocytose pure au cours d'un traitement par les antihistaminiques de synthèse.

M. Lagrange. — La fracture isolée de la première côte.

M. Beauchesne. — Du séminome de l'ovaire.

M. Nicolaï. — La Corse climatique.

3 *mai.* — M. Heitz. — Ponction sous-occipitale haute.

M. Blanchet. — La sulfamidothérapie locale des plaies de guerre.

Mme Moreau. — Le collapsus équilibré.

M. Nedey. — Des phlébites occasionnelles au cours de la tuberculose pulmonaire.

M. Joannes. — La pénicilline et ses applications en oto-rhino-laryngologie.

M. Sicard. — Médecine d'hier et d'aujourd'hui en pays châtelleraudais.

M. Fontanel. — Traitement des accidents nerveux buccodentaires infectieux aigus chez les diabétiques.

8 *mai.* — M. Piton. — Etude critique des cas de guérison de méningite tuberculeuse.

M. Goujon. — Eléments de physiologie relatifs à l'emploi de l'oxygène en aviation.

M. Viau. — Le genre évolutif de la maladie ulcéreuse au cours de quatre ans de guerre.

M. Fructeau. — Un cas de lobite azyge.

M. Pouchol. — Erythème polymorphe et tuberculose.

M. Béguet. — Sur une observation anatomo-clinique de caverne ballonnée perforée.

M. Matet. — Œdème pulmonaire aigu après intervention thoracique chez les tuberculeux.

11 *mai.* — Mme Dumas. — Essai sur la mélancolie féminine en Vendée.

M. Delahousse. — Résultats de l'oxygénothérapie au cours des broncho-pneumonies durant l'hiver 1944-1945 dans un service de médecine de l'hôpital des Enfants-Malades.

M. Tanzy. — De quelques observations de septicémies puerpérales traitées par les sulfamides.

THESES VETERINAIRES

12 *avril.* — M. Brocq. — Le para-aminophénylsulfamide.

M. Gilles. — Eléments d'helminthologie moderne.

M. Dasett. — Recherche de l'infection brucellique du lait.

M. Sakkal. — Le chameau, animal de boucherie.

M. Besnault. — Degas, peintre de chevaux.

ACTUALITÉS

A PROPOS DU TERME "RHUMATISME"

Par R. Levent

Le mot de rhumatisme est un terme employé, sauf exception rare, à tort et à travers — et même, par une infortune singulière, lorsqu'on l'applique légitimement à une affection précise.

Employé sans discernement par les non-médecins, qui en sont aisément satisfaits puisque c'est un terme de médecine et même de bonne vieille médecine — la seule authentique et efficace comme chacun sait — et par les médecins aussi, qui en voilent leur embarras ou en drapent une réserve utile ou prudente, ménagent l'avenir tout en paraissant fournir une explication.

Les uns et les autres se soucient peu d'une étymologie que les uns ignorent, que les autres ont oubliée et qui n'a, le plus souvent, conservé aucune attache avec les symptômes.

Il est donc difficile de mieux apprécier ce terme que ne font MM. Rimbaud et Serre dans une récente étude (1) : « Une dénomination parmi les plus néfastes..., imprécise à souhait même dans son sens d'origine qui signifie fluxion, l'expression a pu s'étendre à un nombre considérable d'affections qui n'ont entre elles aucun lien réel du point de vue des causes, ni des lésions, ni même des symptômes. »

Il est de fait que l'abus et même le simple usage d'un tel mot permet des diagnostics incomplets ou erronés, des traitements stéréotypés et inefficaces. De cette inefficacité découle pour une large part la réputation d'incurabilité des maladies articulaires.

La notion de rhumatisme finit aussi par englober tout ce qui, dans la pathologie articulaire, n'est pas chirurgical.

La persistance à se servir d'un terme impropre est une preuve de plus de la nécessité qu'il y a de démembrer cet ensemble et d'en reclasser les parties.

En dehors du rhumatisme articulaire aigu, rhumatisme franc, maladie de Bouillaud, qui dans certaines de ses formes n'est ni articulaire ni fluxionnaire, mais est de tout le groupe l'un des composants les mieux délimités et les mieux précisés, il importe de faire une place à part et bien personnelle à la maladie de Paget, à la maladie de Recklinghausen, et aussi aux syndromes de décalcification rachidienne auxquels l'actuelle période de famine a donné tant d'actualité et de personnalité clinique. D'autres distinctions et démembrements suivront à n'en pas douter et rétréciront le domaine des « rhumatismes » ; nous ne parlons que pour mémoire de toutes les névralgies et myalgies plus ou moins bénignes et mal délimitées.

Beaucoup, sinon tout, en la matière, dépend de la perfection de l'examen clinique, des progrès réalisés et à réaliser encore dans le domaine biologique et biochimique et aussi de la réussite de l'examen radiologique.

Les auteurs insistent, à juste titre, sur l'intérêt que présente la distinction entre arthrites et arthroses ; à cet égard, l'examen bien fait apporte des précisions quant au terrain et aux tares associées qui sont des éléments importants. La mesure de la vitesse de sédimentation globulaire, les anomalies radiologiques des os quant à leur transparence et à leur contour, celles des articulations, la présence des ostéophytes, sont des éléments de discrimination importants.

Sans vouloir donner à cette distinction une valeur définitive, ni baser sur elle une classification définitive de la pathologie articulaire, il y a là pour le médecin « un fil conducteur dans le labyrinthe des maladies dites rhumatismes ».

C'est parmi les arthrites que la complexité est la plus grande et trois critères aident à les grouper : leur cause, leur évolution et surtout leur aspect clinique, siège, extension. L'évolution aiguë ou chronique, les poussées évolutives, les rémissions, l'allure de la période « cicatricielle » où la physionomie se fixe définitivement, sont aisés à déterminer. Il en est tout autrement de l'étiologie.

Parmi les arthrites, maladie de Bouillaud, goutte, polyarthrite chronique déformante progressive de Charcot sont des types nets. De même la spondylose rhizomélique à sa période fixée ; c'est pourtant à son stade précoce, dont une radiographie bien faite des articulations sacro-iliaques permet le diagnostic, qu'un traitement possède ses seules chances d'efficacité.

Dans les « rhumatismes » comme ailleurs, le traitement stéréotypé ne peut qu'échouer contre une affection mal déterminée. Les salicylés y gardent tout au plus leur pouvoir antalgique ; quant aux cures thermales, appelées à la rescousse à contre-temps, elles réussissent souvent à déterminer une aggravation.

Grâce à un démembrement nosologique judicieux, salicylates et colchique prescrits à bon escient se montrent, au contraire, dignes de leur réputation, au point même qu'ils peuvent prendre une valeur diagnostique de traitement d'épreuve.

Dans les processus rebelles et durables, ou d'étiologie imprécise, l'association du choc et des sels d'or peut améliorer considérablement des situations graves et faire passer sur le désagrément des réactions.

Il semble que dans le travail de classement qui est nécessaire, le premier pas doive consister dans la proscription du mot lui-même de rhumatisme, générateur d'imprécision dans tous les domaines.

Aux yeux des auteurs, la difficulté de lui trouver un remplaçant n'est pas douteuse. L'intérêt d'en chercher un leur semble contestable. « Une maladie articulaire doit être désignée par sa qualité..., sa localisation..., son type anatomique..., sa forme évolutive..., sa nature si possible. » Mieux vaut ne pas classer que de réunir indûment et de confondre, même dans des Congrès !

« Si le médecin s'astreint à cette discipline d'analyse clinique, il comprendra qu'il n'a jamais plus de droit de parler de « rhumatisme ».

Conclusion de MM. Rimbaud et Serre, à laquelle les cliniciens expérimentés n'auront, croyons-nous, aucune peine à souscrire.

(1) *Annales de l'Université de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, 1945, n° 1.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 12 juin 1945

Notice nécrologique sur M. Arthus. — M. Binet.

Notes médicales sur le camp de Buchenwald en 1944-1945. — M. Richet a apporté une nouvelle et saisissante contribution à l'enquête menée sur les crimes commis par les Allemands dans les camps d'extermination.

Bien que cantonné dans une activité médicale — et non chirurgicale — l'auteur a pu constater le résultat des sévices exercés au camp ou lors des interrogatoires préalables (fractures diverses, brûlures, paralysies des mains par pendaison prolongée, etc...).

La pathologie de la nutrition était d'observation aisée chez tous ces sujets qu'on dirigeait lentement vers la mort par le chemin de la famine.

Le climat et les travaux imposés auraient nécessité 3.000 calories ; en 1944, on en donnait 1.750 ; en 1945, 1.050 ; les protides, les lipides, surtout animaux, étaient presque absents des maigres rations. Aussi voyait-on en 6 à 7 mois se constituer une cachexie parfois irréversible, des œdèmes de famine, des avitaminoses complexes avec prédominance des accidents pellagreux. La moyenne générale des poids était inférieure à 47 kg. Concurremment progressait un affaiblissement général, l'effondrement cardiovasculaire, l'absence de défense organique. La Croix-Rouge et ses colis sauveurs — systématiquement différés de 2 mois — ont sauvé des milliers de déportés, mais non pas tous.

La pathologie de l'encombrement était jusqu'ici insoupçonnée même des plus imaginatifs. Les blocs quarantaine (50 mètres × 10 m. × 5 m.) ont contenu longtemps 750 occupants ; en avril 1945, ils en renfermaient 1.350 (blocs d'invalides) ou même 2.100 (israélites). On n'y dormait qu'à tour de rôle une nuit sur deux dans des couchettes de 4 m. × 1 m. 70 où 10 à 12 habitants devaient se serrer tête-bêche. Dans ces blocs, de janvier à avril 1945, le nombre des décès mensuels a été croissant : 22, 55, 137, du fait de maladies infectieuses.

Il existe aussi une pathologie de la fatigue née des séances quotidiennes de 12 heures de travaux exténuants et des appels quotidiens faits dehors par tous les temps (durée variant de 4 à 30 heures !) et générateurs d'œdème pulmonaire.

Pour suffire aux 40.000 déportés, il aurait fallu en avril 1945 10.000 lits ; il n'y en eut jamais plus de 2.400. Le premier trimestre 1945 se solde par 13.000 morts (11 %) surtout les jeunes, les plus de 60 ans, les débilités d'exodes à pied. En dehors du typhus, l'érisypèle (5 à 15 %), la pneumonie (25 %), la dysenterie (Flenner, 60 %), la tuberculose à marche rapide ont été les causes de mort principales. En 15 mois, 75 % des contemporains de déportation de l'auteur ont disparu.

Importante à connaître est la psychologie du bagnard, la dégradation physique et psychologique concurremment et savamment poursuivies et qui ravalait certains déportés à un niveau intermédiaire entre la démence et l'animalité.

Les médecins, les français surtout, dont beaucoup sont morts à l'honneur et à la peine, ont su s'imposer malgré les mauvais vouloirs manifestés ou sournois. Ils ont été le seul lien qui rattachait les déportés à autre chose que leur enfer. Faute de médi-

caments, il a fallu ne soigner activement que ceux qui n'étaient ni trop ni trop peu atteints. La tâche a été avant tout d'assistance morale, il fallait tenter de sauver par les précautions, par les ruses, par l'évasion même (!) ceux qui étaient les plus menacés par la mort.

Les médecins ont ainsi lutté contre un ferme propos incontestable de détruire systématiquement tout ce qui matériellement ou autrement ne pouvait pas ou ne pouvait plus servir d'instrument de travail au Reich. Quelques documents photographiques effroyables ont illustré l'exposé de M. Richet.

Sur l'épidémie de typhus en Algérie. — M. Tanon. — En 1941-43 on a observé 300.000 cas de typhus, dont plus de 4.000 chez des Européens ; la vaccination s'est montré un agent de protection pleinement efficace.

Action thérapeutique de la pénicilline dans la syphilis expérimentale du lapin. Sort des tréponèmes syphilomateux chez les lapins traités par la pénicilline. — MM. Levaditi et Vaisman. — La pénicilline à dose suffisante et par voie intramusculaire fait preuve d'un pouvoir antisyphilitique puissant ; la disparition du tréponème dans les lésions ou sa perte de virulence semblent rapides.

Diarrhée de réalimentation et perfusion de plasma sanguin. — MM. Loeper, Maurice Le Sourd, Trémolières.

Rôle de l'air et du soleil en puériculture et hygiène scolaire. — M. Armand-Delille. — Adoption d'un vœu.

Influence de la vaccination antitétanique sur la production de l'antitoxine spécifique. — MM. Le Métayer, Nicol et Milin. (Présentation par M. Trefouël.)

Les eaux sulfureuses de Luchon en injections intramusculaires. —MM. Molinery et Brugne.

Election. — MM. Mattei (de Marseille) et Doumer (de Lille) sont élus membres correspondants dans la section de médecine.

Séance du 19 juin 1945

Notice nécrologique sur M. Tiffeneau, par M. Delépine.

Service de Santé. — Le médecin-colonel Debenedetti, directeur du serivce de santé, donne à l'Académie lecture de son ordre du jour adressé à l'occasion de la Victoire au service de Santé de l'armée.

Présentation d'un jeune déporté castré en 1943 au camp d'Auschwitz. — M. Courrier.

L'intérêt de la culture des crachats ou du liquide de tubage pour le diagnostic de la tuberculose chez les prisonniers rapatriés. — MM. Bezançon, Braun et le médecin commandant Vergès. — La culture systématique sur milieu de Lœwenstein de tous les crachats ou liquides de tubage d'un groupe de rapatriés suspects de tuberculose a été faite. L'examen direct et l'homogénéisation pratiqués auparavant n'avaient donné qu'un résultat négatif.

Sur 133 crachats, 99 sont restés négatifs, 34 ont fourni des cultures positives.

Sur 168 liquides de tubage, 154 sont restés négatifs, 14 ont fourni des cultures positives.

Sur 5 urines, 2 ont fourni des cultures positives. Un grand nombre d'erreurs diagnostiques a donc été évité.

A l'heure actuelle, la culture sur Pétragnani-Lœwenstein est devenue la méthode de choix ; l'inoculation systématique au cobaye, autrefois pratiquée, est devenue impossible. Faute de pratiquer des cultures, les laboratoires sont exposés à fournir des réponses erronées dans 1/6 des cas.

Intérêt de la culture des crachats pour la détermination du caractère évolutif de lésions pulmonaires révélées par les examens radiographiques systématiques. — MM. Bezançon, Braun et Torchaussé. — Les tuberculoses latentes décelées par la seule radiographie sont souvent et à juste titre considérées comme abortives ; plus souvent qu'on ne l'admet en général cependant, ce sont des tuberculoses à faible évolutivité et ne renfermant que de rares bacilles. Aussi les examens directs sont-ils souvent insuffisants.

Sur 211 examens de crachats, 173 se sont montrés négatifs à l'examen direct et à la culture ; dans 21 cas, examen direct ou homogénéisation ont été positifs ; dans 17 cas, la culture seule a été positive.

Sur 109 examens de liquide gastrique, 1 seul cas a montré des bacilles à l'examen direct, 14 fois la culture a été positive.

La pratique de la culture a donc rectifié le diagnostic dans 1/9 des cas.

Culture et inoculation systématiques n'ont de valeur que dans des laboratoires bien équipés et compétents.

Nouvelle étude expérimentale des tumeurs mammaires transplantables chez le rat. La transformation des fibro-adénomes en tumeurs complexes du sein. — MM. G. Roussy et P. et M. Guérin. — On sait déjà la transformation progressive des fibro-adénomes mammaires du rat, au cours des greffes successives, en sarcomes, en fibromes purs, en mammite proliférante ou en formations adénomateuses ; on connaît aussi la métaplasie graisseuse ou sébacée.

Plus récemment, les auteurs ont observé des métaplasies ostéochondroïdes ou épidermoïdes méritant l'appellation de tumeurs complexes. Les constatations sont un argument en faveur de l'origine purement métaplasique des tumeurs du sein à tissus hétérotopiques ; de même la transformation de fibro-adénomes ou de fibro-lipomes en ostéochondrosarcomes rappelle ce qui se voit chez l'homme.

Seule la greffe prolongeant la vie de la tumeur au-delà des limites de l'existence de son porteur, rend possible une telle analyse méthodique.

Que faut-il penser de l'hémicraniose de Brissaud-Lereboullet ? — M. J. Lhermitte. — Deux observations personnelles récentes amènent à conclure que l'hémicraniose est non une perturbation trophique, mais l'effet d'une néoplasie d'origine méningée et se propageant au sein même de l'os. La lenteur d'évolution et la date très retardée d'apparition des premiers indices neurologiques lui constituent une individualité clinique.

L'aconitine, remède polyvalent. — M. Denigès. (Présentation par M. Fabre.) — Médicament de choix dans la névralgie du trijumeau, essayée avec succès dans le zona ophtalmique et cervico-facial, l'aconitine est aussi un tonicardiaque pouvant agir sur certaines arythmies.

La tuberculine exerce-t-elle une action subtilisante ? — M. Boquet. — La tuberculine ne paraît pas dénuée de toute action préparante même chez le sujet neuf, peut-être du fait de la présence dans la tuberculine de corps bacillaires désintégrés.

Sur la teneur en bacilles de Koch et en bacilles de Bang des laits mis en vente dans la région parisienne. — M. Vergé. — Sur 116 laits (16 crus et 100 pasteurisés) examinés entre 1935 et 1939, aucun ne renfermait ni bacille de Koch ni bacille de Bang. Il n'en demeure pas moins qu'un lait sain ne peut provenir que d'une étable saine et étroitement surveillée. Il est de fait aussi que la virulence des laits est, par essence, intermittente, inconstante et transitoire.



HÉMOLUOL

PHYTOTHÉRAPIE TONI-VEINEUSE

Troubles de la ménopause, varices, hémorroïdes, phlébites et périphlébites, acrocyanose, engelures, couperose

LABORATOIRES SUBSTANTIA, M. Guéroult, Docteur en pharmacie, SURESNES (Seine)



Le plus riche et le plus assimilable des médicaments phosphorés

PHYTINE

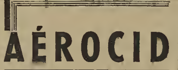
NOM DÉPOSÉ

PHOSPHORE CALCIUM MAGNÉSIUM

CIBA — Tonique et Reconstituant

CACHETS	GRANULÉ	COMPRIMÉS
2 à 4 par jour	2 à 4 mesures par jour	4 à 8 par jour

Laboratoires CIBA Dr P. Denoyel, 103 à 117 Boulᵈ de la Part Dieu, LYON



AÉROCID — *Aérophagie Aérocolie* — Cachets - Comprimés

AQUINTOL — *Coqueluche Toux spasmodique* — en Gouttes

HEP'ACTI — *Méthode de Whipple et de Castle Tréphones embrionnaires amino-acides* — Ampoules de 10 cc.
anciennement HEPASERUM

OPOCÉRÈS — *Simple et vitaminé Fortifiant biologique général* — Ampoules buvables Comprimés friables

LABORATOIRES DE L'AÉROCID
20, RUE DE PETROGRAD - PARIS (8e)

GASTRHÉMA

OPOTHÉRAPIE SPÉCIFIQUE ANTI-ANÉMIQUE
TOUTES LES ANÉMIES
ASTHÉNIE - ANOREXIE - HYPOPEPSIE

EXTRAIT DE MUQUEUSE D'ANTRE PYLORIQUE
1 à 3 ampoules buvables par jour

17, Avenue de Villiers - PARIS-17e

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 6 juin 1945

Deux cas de gastrectomie totale avec anastomose œso-phago-jejunale au bouton. — M. L. Léger. Rapport de M. Sicard.

Deux cas d'invagination iléo-iléale provoquée par une tumeur de l'intestin grêle. Entérectomie. Guérison. — M. Bastien. — M. Rudler rapporte ces deux observations dans lesquelles la tumeur en cause était un fibro-myxome et un lipome.

Un cas d'étranglement en W dans une hernie de Treitz. — M. Chabrut. — M. Quenu, après avoir rapporté cette observation, discute la pathogénie des hernies de Treitz ; il montre que quel que soit le mécanisme invoqué, il y a toujours à leur origine une malformation congénitale.

Occlusion du grêle post-opératoire. Dilatation paradoxale de tout le cadre colique. — M. Zagderin. — M. R. Bernard, en rapportant cette observation, souligne la fréquence de ces dilatations paradoxales.

Occlusion intestinale précoce après appendicectomie à chaud. Aspiration duodénale continue. Iléostomie. Guérison. —MM. Bachy et Carrez, en apportant cette observation, ont eu 9 cas de guérison dans 9 cas d'occlusion similaires.

M. Sénèque estime que l'iléostomie n'est qu'un pis-aller, car on risque de laisser passer des lésions pour lesquelles elle est sans efficacité.

M. J. Gosset insiste sur la nécessité de réhydrater ces malades.

Considérations sur les fractures transcotyloïdiennes de l'os iliaque. Est-il possible de les réduire et de les maintenir réduites sans opération sanglante ? — M. Rouhier.

Amputation inter-ilio-abdominale pour sarcome du pubis. — M. Delannoy. — M. Huet rapporteur. La survie opératoire a été de dix-huit mois.

Séance du 13 juin 1945

Deux cas de splanchnicectomie. — M. Renion apporte deux observations qui sont rapportées par M. Métivet.

Considérations sur l'ulcère de l'estomac au Maroc (d'après 169 cas). — M. Dubois-Roquebert.

Le résultat de l'emploi de la pénicilline dans le traitement de l'ostéomyélite aiguë. — M. Leveuf, en se basant sur cinq observations, conduit actuellement le traitement de la manière suivante : 100.000 unités par jour de pénicilline générale, incision de l'abcès et injections locales de pénicilline à raison de 30 à 50.000 unités par jour. La fermeture primitive de l'abcès n'a jamais apporté le moindre déboire.

Mais M. Leveuf insiste sur la nécessité de bien explorer et de bien évacuer la cavité de l'abcès avant de le refermer.

Il ne semble pas qu'il y ait intérêt d'agir en associant sulfamides et pénicilline, il vaut mieux les employer successivement.

M. de Fourmestreaux et M. Sorrel apportent leurs observations d'après lesquelles la pénicilline semble avoir eu une action favorable. M. Leveuf estime que la pénicilline a transformé l'évolution des suppurations post-traumatiques, mais il est trop tôt pour juger des ses résultats dans les suppurations spontanées.

Les infections ventriculaires curables consécutives aux blessures de guerre. — MM. Goinard, Stricker et Descuiy. (M. Petit-Dutaillis, rapporteur.)

Endométriose tubo-ovarienne perforée en péritoine libre. MM. Roux et J. Daniou. — M. Moulonguet souligne la latence remarquable de cette endométriose.

A propos du traitement opératoire conservateur des fractures de l'astragale. — MM. J. Caughois et Loygue. — M. Richard.

A propos de l'enclouage par la méthode de Kuntchner. — M. Huc.

Séance du 20 juin 1945

Tumeur du cou, probablement d'origine nerveuse. — M. Roux-Berger, en rapportant ces deux observations, montre qu'il est extrêmement difficile de faire un diagnostic, même histologique, de ces tumeurs. Il faut toujours les opérer, mais il est cliniquement malaisé de faire le diagnostic d'opérabilité de ces tumeurs. Elles ne sont extirpables chirurgicalement que si elles n'ont pas envahi la paroi laryngo-trachéale et l'axe carotidien.

Sur un cas d'hypertension permanente due à l'hydronéphrose. Néphrectomie. Disparition de l'hypertension. — MM. Fontaine et Ambard. — M. Leriche lit ce travail.

Opération réparatrice pour prolapsus consécutif aux amputations du rectum chez la femme. — M. Moulonguet fait l'exérèse de ces cancers plus ou moins extériorisés à la diathermo-coagulation; on détruit ainsi tous les tissus envahis sans provoquer d'hémorragies, mais la perte de substance est considérable. L'auteur préconise, à la suite de Gernez, une opération plastique au moyen de deux lambeaux cutanés pour supprimer le prolapsus consécutif.

Sur l'anesthésie péridurale haute. — M. Bonniot estime que cette méthode présente des échecs et des inconvénients, ce que l'auteur explique par la disposition anatomique de l'espace péridural.

MM. Maurer et Moulonguet confirment les appréhensions de M. Bonniot.

Etude fonctionnelle d'une œsophagoplastie préthoracique avec quelques déductions d'ordre pratique. — M. Gueulette a étudié radiologiquement le fonctionnement de cette anastomose qui s'est avéré satisfaisant. L'auteur discute les possibilités anatomiques de l'anastomose œsophago-jejunale (op. de Roux). Il semble d'ailleurs que, même en U.R.S.S. Iudine n'ait recours qu'assez peu souvent à ce procédé (14 fois sur 74 œsophagoplasties).

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 mai 1945

Image pseudo-cavitaire de la région hilaire produite par un mégaœsophage. Valeur radiologique de l'élargissement global du médiastin. — MM. Bariéty, Cord et Lesobre. — Observation d'une femme de 47 ans, hospitalisée pour des signes d'allure grippale que révèle la radiographie, démontrant l'opacité de la région hilaire droite, surmontée d'une image claire ovalaire confirmant le diagnostic du mégaœsophage que réalisait la paroi droite de l'œsophage et le niveau liquide de stase au niveau de la crosse aortique.

A propos d'un cas de revascularisation des reins. — MM. Cottet et Rudier.— Les auteurs, dans un cas de néphro-angio-sclérose, pratiquèrent une néphro-amentopexie gauche après décapsulation. Ils constatèrent une amélioration progressive du fonctionnement rénal portant sur l'azotémie, la constante d'Ambard et le rapport uréique hémato-urinaire.

Méningite à entérocoques rebelle aux sulfamides, guérie par la pénicilline. — MM. Giroire, Roquien, Charbonnel (Nantes). — Sur un malade de 41 ans, apparition d'une méningite après une rachi-anesthésie pour affection gastrique. Le liquide céphalo-rachidien demeura purulent malgré intervention par sulfamides. Guérison en 6 jours par pénicilline.

Action de l'aminothiazol sur la thyroïde du rat. — MM. Joliot-Curie, Bovet, Courrier, Horeau, Poumeau-Delille et Sue. — L'iode radio-actif a permis de démontrer que l'iode pénétrait également dans la glande des animaux traités et dans celle des témoins. La radio-activité de l'iode permet aussi d'apprécier les troubles du métabolisme provoqué par l'aminothiazol.

Nouveau cas de maladie de Besnier-Bœck-Schaumann à type ganglio-pulmonaire apparemment pur. — MM. Et. Bernard et Cros-Deoam. — Femme de 24 ans présentant les signes classiques de la tuberculose pulmonaire commune. L'examen radiologique semble signer une primo-infection. La cuti-réaction tuberculinique reste négative. La biopsie d'un ganglion signe la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann qui évolua en 30 mois. Son début simula donc une tuberculose pulmonaire.

Intolérance cutanée et digestive aux sulfamides chlorés. Effet de l'histaminothérapie. — MM. Coste, Boyer, de Sablet. — Observation d'une malade sensibilisée par une pommade sulfamidée et atteinte d'eczéma généralisé. Tests épidermiques négatifs avec la sulfamide et positifs avec le mélange sulfamide-hypochlorite. Les auteurs recherchent si les sulfamides chlorés n'expliquent pas les intolérances digestives dans la sulfamidothérapie.

Trois cas de métastases osseuses de néoplasme prostatique traités par le diéthylstilbœstrol. — MM. Coste, Tourneux. — Trois observations favorables à l'action de cette hormone synthétique ; ce qui permet d'affirmer sa valeur thérapeutique dans ce cancer si difficile à modifier dans son évolution et dans ses symptômes.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

Séance du 3 mai 1945

La pénicilline. Naissance d'une industrie française dans l'armée. — MM. P. Broch, J. Kerharo et J. Netik exposent les conditions dans lesquelles le service de santé de l'armée a organisé la première industrie française de la pénicilline. Prenant à sa charge l'usine biologique de culture en surface, il a confié l'extraction chimique à des établissements privés. Dans les circonstances économiques actuelles, des difficultés matérielles considérables ont dû être surmontées pour mettre en route, en moins de six mois, cette fabrication délicate qui a démarré le 10 avril 1945.

Une expérience française de récupération de la pénicilline. — MM. P. Broch, J. Kerharo et J. Netik. — Pour se procurer de la pénicilline le plus rapidement possible et utiliser une installation d'extraction chimique plus facile à réaliser et prête depuis janvier 1945, les auteurs ont récupéré industriellement, dans les hôpitaux américains de la région parisienne, la pénicilline excrétée dans les urines des blessés traités avec ce médicament.

Ils décrivent l'organisation de la collecte et les procédés de stabilisation qu'ils ont mis au point pour éviter la destruction de la pénicilline, normalement très rapide. On obtient ainsi, avec un rendement intéressant, une pénicilline dont l'action sur l'animal et sur l'homme est absolument superposable à celle du produit américain.

Fabrication biologique et contrôle de la production de la pénicilline de l'armée française. — MM. P. Broch, J. Kerharo et J. Netik. — L'installation biologique du Centre militaire de la pénicilline, utilise la culture du *Penicillium Notatum* sur milieu liquide en boîte de Roux.

Elle réalise industriellement la préparation, la mise en bouteilles, la stérilisation, l'ensemencement et la récolte des milieux, qui, au dernier stade, sont riches en pénicilline. Ces liquides refroidis sont envoyés à l'usine chimique.

Les syndromes épigastriques douloureux symptomatiques d'une lésion de l'encéphale. — MM. P. Nouail et A. Charlin.

Nouvelles données sur la vitamine PP. — M. Hugues Gounelle.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 17 avril 1945

Sarcome du rein. Dangers de la pyélographie. — MM. Marquézy et Marcel présentent les pièces anatomiques d'un sarcome du rein soupçonné durant la vie par l'existence d'une tumeur abdominale asymétrique. Ce diagnostic fut confirmé par une pyélographie qui montra un allongement de l'uretère et une dilatation du bassinet. Mais l'enfant succomba de syndrome malin peu après cette exploration ; à l'autopsie, on retrouve les lésions caractéristiques de cette affection, et en particulier l'hypertrophie des plaques de Peyer. Les auteurs insistent sur les dangers de la pyélographie à laquelle ils substitueront désormais l'urographie.

Deux formes rares de l'exanthème typhoïdique. — M. Sarrouy et Mlle Berthault rapportent deux formes rares de l'exanthème typhoïdique observées chez deux fillettes de 5 et 13 ans soignées à la Clinique Médicale Infantile d'Alger. Dans un cas, l'éruption était anormalement abondante ; dans l'autre, les taches rosées avaient une localisation anormale et prenaient l'aspect de points rubis. Ces cas permettent de souligner une fois de plus la richesse symptomatique de la fièvre typhoïde.

Forme oculo-léthargique de l'encéphalite épidémique. — M. Sarrouy et Mlle Noureddine présentent une observation typique d'encéphalite épidémique à forme oculo-léthargique observée à Alger au cours du dernier hiver. Ils se demandent si ce cas va rester sporadique, la maladie ayant disparu de l'Afrique du Nord depuis plusieurs années ou s'il est le premier chaînon d'une nouvelle poussée épidémique.

La cure thermale de Saint-Honoré dans la dilatation bronchique chez les enfants. — M. du Pasquier a suivi 60 enfants atteints de dilatation bronchique ; il relève dans l'étiologie 23 cas de bronchopneumonie, des bronchites répétées et très fréquemment la coqueluche, surtout chez les jeunes enfants. Il insiste sur la nécessité de répéter les cures pour obtenir des résultats satisfaisants. En observant cette précaution, les résultats ont été excellents ou très bons dans 13 cas ; il y a eu 46 améliorations certaines et un seul échec thérapeutique complet.

Le rôle des fécalomes dans l'évolution du mégacôlon chez le nourrisson. — M. Leveuf rapporte trois observations de nourrissons ayant présenté des accidents répétés d'obstruction intestinale liés à la présence de fécalomes dans le côlon. Dans les trois cas commençait à se développer un mégacôlon. Il insiste sur le fait que toutes les thérapeutiques ont été inopérantes, en particulier les infiltrations splanchniques et les sympathectomies ; la seule intervention logique serait l'ablation du fécalome et du segment d'intestin malade correspondant.

M. Debré précise que ce syndrome caractérisé par l'association d'un fécalome, de signes généraux graves et d'un mégacôlon est une maladie congénitale évolutive due à une lésion parasympathique entraînant des troubles de l'évacuation intestinale, suivis eux-mêmes de l'hypertrophie colique.

THIERRY DE MARTEL

Le 14 juin 1940, jour de l'entrée des Allemands à Paris, une nouvelle vint ajouter à l'horreur de ce jour de deuil. On apprenait que Thierry de Martel, pour échapper à l'esclavage, s'était donné volontairement la mort.

Cinq ans ont passé. C'est seulement le 14 juin 1945, pour le premier anniversaire libre, que sur la demande de Mme la Comtesse de Martel, les nombreux amis de Thierry de Martel, se sont réunis dans l'église de Neuilly, puis dans le petit cimetière de la rue des Graviers, à l'aspect presque champêtre, autour de la tombe fleurie du grand chirurgien. Là, le professeur René Leriche a parlé en termes profondément émus. Il a dit ce qu'était le disparu : il était « le meilleur d'entre nous, il marchait dans la vie, clair et droit ». Sa disparition sembla « n'être qu'un cauchemar ».

Né le 9 mai 1875, d'une très ancienne famille lorraine, Thierry de Martel de Janville, descendait par sa mère d'une illustre famille provençale. Il était l'arrière-petit-fils de Mirabeau.

Thierry de Martel semblait, dans sa jeunesse, attiré particulièrement par les mathématiques, mais comme il le rappelait souvent, la lecture de Claude Bernard décida de sa vocation médicale. Il commence donc sa médecine, et arrive rapidement à l'externat où il a pour chefs Duplay et Hutinel.

En 1903, il est reçu au concours de l'internat. Il passe une année chez Gombault chez lequel il rencontre Clovis Vincent alors externe. En chirurgie, il a deux maîtres : Rochard, cet ancien marin, au caractère fier et loyal, il demeure deux ans auprès de lui, puis, en quatrième année, il est l'interne de Segond, grand seigneur de la chirurgie. Il est ensuite son chef de clinique.

Pendant ces années passées à la Salpêtrière, dans ce milieu neurologique au contact de Pierre Marie et de Babinski, Thierry de Martel a trouvé sa voie. Il se passionne pour la neurologie et y recherche des applications chirurgicales.

Il s'astreint à aller à Londres toutes les semaines voir opérer Horsley. On ne pratiquait pas encore en France l'ablation des tumeurs cérébrales. C'était l'époque des « larges décompressives ». C'est alors que de Martel invente son trépan, merveille de mécanique qui, sans danger de léser les méninges, permet d'ouvrir en quelques minutes, un large volet cranien.

Au Congrès de Chirurgie de 1913, dans une communication qui fit sensation, il expose les conditions de réussite dans la chirurgie cérébrale : opérations lentes de 3 ou 4 heures de durée dans une salle d'opération surchauffée, en surpression, il opère sous un jet de sérum chaud et fait prendre fréquemment la tension artérielle de l'opéré.

Puis en 1914 survient la guerre. De Martel part comme médecin auxiliaire au 292e d'infanterie. En plein combat, son sang lorrain ne peut se contenir ; enlevant son brassard, il rallie des hommes en retraite, fait le coup de feu et est blessé. Il reçoit la Légion d'honneur. Rétabli, il est envoyé à Salonique. De retour en France, il rencontre le grand Harvey Cushing. C'est pour lui une révélation.

Après la guerre, il va le voir opérer aux Etats-Unis. Il apprend de lui la possibilité d'enlever les tumeurs cérébrales. Il s'adapte à sette chirurgie faite de lenteur et de soins minutieux et s'attache à en perfectionner la technique, s'astreignant à n'employer que l'anesthésie locale, et les succès viennent couronner ses efforts. De Martel a bien été l'introducteur en France de la neuro-chirurgie. Son renom, d'ailleurs, est tel aux Etats-Unis que Charles Mayo lui fait hommage de sa propre instrumentation.

Son activité chirurgicale ne se cantonne pas au système nerveux. La chirurgie gastrique et intestinale l'attire et il y apporte certains perfectionnements d'instrumentation que lui suggère son esprit ingénieux.

Sa renommée lui attire une clientèle considérable recrutée dans tous les milieux. Les honneurs qu'il n'avait pas recherchés lui vinrent : il était Grand Officier de la Légion d'honneur et il avait été nommé membre de la Société Nationale de Chirurgie, réservée jusque là aux chirurgiens des hôpitaux.

Ayant en effet dédaigné la voie des concours et ne pouvant soigner ses innombrables malades dans la clinique de la rue Piccini et l'Hôpital américain, il avait créé deux centres hospitaliers : la rue Vercingétorix et La Glacière. C'est à La Glacière où il voulut bien m'accueillir que, au cours d'une fréquentation de vingt années, j'ai pu voir ce qu'était de Martel.

Il constituait, a bien dit Leriche « une des plus extraordinaires réussites de la culture française ».

En lui se réunissaient l'esprit, la grâce, la distinction « vieille France » de Gyp, sa mère, et le courage, le sang impétueux de ses ancêtres, les Mirabeau.

Je ne parlerai pas de sa virtuosité d'opérateur, trop connue pour y revenir, mais ce que l'on connait moins, c'est son désintéressement, sa délicatesse infinie envers ses malades. Ce sont encore sa fidélité, ses charmantes attentions envers ses amis, envers son personnel qu'il avait su s'attacher.

Tous se souviennent et conservent pieusement sa mémoire.

Marcel LANCE.

P. S. — Le Conseil Municipal de Paris vient de décider que le nom de Thierry de Martel serait donné à l'une des voies de la ville.

INFORMATIONS

(Suite de la page 198)

Syndicat national des médecins électro-radiologistes qualifiés. — Les médecins électro-radiologistes qui désirent poser leur candidature à la « Qualification » sont priés de s'adresser :

Pour la Seine, Seine-et-Marne et Seine-et-Oise, au Dr Delherm, 1, rue Las-Cases, Paris (7e).

Pour les autres départements au président des médecins électro-radiologistes de leur circonscription sanitaire.

Cet avis s'adesse surtout :

1° Aux absents pendant les années 1940-1945 ;

2° Aux nouveaux installés pendant la même période.

Congrès

Le XLVIIIe Congrès français de Chirurgie se tiendra à la Faculté de Médecine de Paris, du lundi 8 au jeudi 11 octobre 1945, sous la présidence de M. Albert Mouchet (Paris) ; le vice-président est M. de Fourmestraux (Chartres).

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour :

Lundi. — Les troubles fonctionnels du corps thyroïde et leur traitement. Rapporteurs : MM. Petit-Dutaillis (de Paris) et Peycelon (de Lyon).

Mardi. — Des anastomoses bilio-digestives : Résultats éloignés. Rapporteur : M. Mallet-Guy (de Lyon).

Mercredi. — Les endométrioses. Rapporteurs : MM. Pierre Brocq (de Paris), Jacques Varangot (de Paris) et Delannoy (de Lille).

Les chirurgiens qui ne font pas partie de l'Association Française de Chirurgie et qui desireraient y adhérer, doivent adresser au secrétaire général, 12, rue de Seine, avant le 1er octobre 1945, une demande signée par deux membres de l'Association. Ces parrains doivent être des chirurgiens habitant la même ville ou la même région que le candidat, ou, à leur défaut, ses anciens chefs de service.

Epidémiologie. — Quelques cas de peste bubonique, cinq ou six au maximum, ont été observés en Corse, à Ajaccio. Les services sanitaires ont pris toutes les dispositions nécessaires pour combattre sur place ce début d'épidémie et pour prendre les mesures de précautions que rendent nécessaires les relations maritimes et aériennes entre la Corse et Marseille.

Nécrologie

— Le Prof. Yves Bourde, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Marseille, chirurgien des hôpitaux, décédé aux suites d'un traumatisme cranien reçu au cours des combats de la Libération de Marseille. Le Prof. Bourde avait organisé dans la clandestinité le service de santé des Bouches-du-Rhône.

— Les Drs Dide (de Toulouse) ; Hautechaud (de Feragnes) ; Sibert (de Nevers), décédés à Buchenwald ;

— Le Dr Planchais (de Mortagne), décédé à Dachau ;

— Le Dr Emile Goudert (de Paris), décédé à Falhausen ;

— Mlle Tamara Isserlis, externe des hôpitaux, décédée à Auschwitz. Elle était la fille de Mme le Dr Isserlis.

— M. Michel Séjournet, déporté, mort à Macreva (Saxe). Il était le fils du Dr Pierre Séjournet et le frère du Dr Gérard Séjournet.

— M. Charles Heudebert, officier de la Légion d'honneur, président fondateur de la Société des produits diététiques Heudebert.

INTERETS PROFESSIONNELS

Syndicat médical de Seine-et-Oise

Conformément aux nouveaux statuts du Syndicat médical de Seine-et-Oise, tels qu'ils ont été votés par l'Assemblée générale du 27 mai 1945, le Conseil d'administration du Syndicat médical de Seine-et-Oise s'est réuni le 10 juin 1945 et a élu son bureau définitif.

Président : Dr Remilly, 3, avenue du Général-Mangin, Versailles ; vice-présidents : Drs Lemesle, Vernouillet ; Rouzaud, 5, route d'Enghien, Argenteuil ; secrétaire général ; Dr Mouthon, 3, rue Baudreuil, Meudon ; secrétaire général adjoint ; Dr Biloüet, 15, rue des Réservoirs, Versailles ; trésorier : Dr Philippe, 17, de Noailles, Saint-Germain-enLaye.

Le Syndicat médical de Seine-et-Oise étant dorénavant régulièrement reconstitué, il est le seul qualifié pour représenter et défendre les intérêts professionnels du Corps médical de Seine-et-Oise, conformément à l'ordonnance du 15 décembre 1944 relative au rétablissement des syndicats médicaux, et le Conseil départemental de Seine-et-Oise n'a plus à s'occuper de ces questions.

Le secrétariat du Syndicat médical de Seine-et-Oise reste 28, rue Serpente, à Paris. Tél. Danton 88-04.

Comité de Coordination des Conseils départementaux des médecins de la région parisienne

Le Comité de coordination des Conseils départementaux des médecins de la région parisienne s'est réuni le 3 juin 1945 à son siège social, 28, rue Serpente, sous la présidence du Dr Tissier-Guy. Plusieurs représentants des syndicats médicaux nouvellement reconstitués assistaient à la séance.

Un large débat s'est institué à l'occasion de l'application de l'ordonnance du 3 mars 1945 et du règlement d'administration publique du 26 mai 1945, relatifs à la taxation des honoraires médicaux en matière d'assurances sociales du commerce et de l'industrie.

Tous les membres présents ont été d'accord pour maintenir vis-à-vis de cette ordonnance la position déjà prise par le Comité de coordination lors de sa précédente séance du 25 mars. Ils ont notamment réaffirmé leur volonté d'apporter — en dehors des dispositions de l'ordonnance du 3 mars — leur collaboration la plus loyale et la plus entière au bon fonctionnement des lois médico-sociales en général et de la loi des assurances sociales en particulier. C'est dans cet esprit qu'ils ont été d'avis de maintenir et d'appliquer les conventions actuellement en vigueur sans participer au fonctionnement de l'ordonnance du 3 mars qu'ils considèrent comme une loi de régression sociale, nocive à la fois pour les assurés et pour le Corps médical.

Tant vis-à-vis des caisses d'assurances sociales agricoles que des sociétés de secours mutuels, le comité de coordination a été d'avis de suivre la même politique générale qu'à l'égard des caisses d'assurances sociales du commerce et de l'industrie et de rechercher la signature de conventions analogues à celles d'avril 1942.

Au cours de la séance du 3 juin, de nombreuses autres questions ont fait l'objet de discussions approfondies. Parmi celles-ci citons : le projet d'ordonnance relatif à l'exercice de la médecine et à l'organisation de la profession médicale dont le Comité de coordination souhaite la pulication la plus rapide possible au Journal Officiel ; l'ordonnance du 26 mai instituant une aide médicale temporaire en faveur des prisonniers et déportés ; l'organisation du contrôle médical des prisonniers, travailleurs et déportés ; le relèvement des honoraires pour l'A. M. G., l'article 64 et les accidents du travail.

CHRONIQUE

Leçon inaugurale du Prof. B. Fey

C'est devant un nombreux public d'amis et de collègues, d'élèves et d'admirateurs que le Prof. B. Fey a inauguré, mardi 19 juin, ses fonctions de professeur de clinique urologique.

En quelques mots émus le Prof. Binet, remplaçant le doyen Baudouin, en mission au Canada, rappelle les nombreux titres qui ont désigné le Prof. Fey au choix unanime du Conseil.

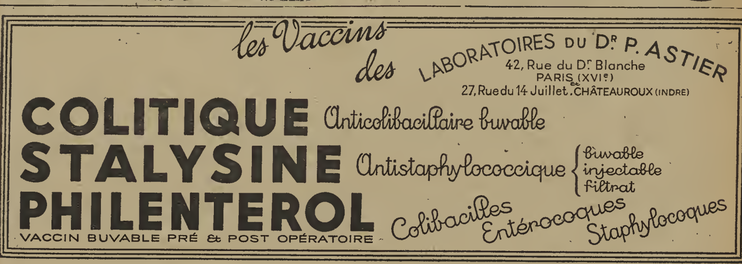
Prenant alors la parole M. Fey, en termes nuancés et fins, adresse ses remerciements à ceux qui furent ses maîtres : E. Quénu et ses élèves, P. Mocquot et J. Quénu « compagnon de travail de toujours », puis dans l'internat, Anselme Schwartz, P. Duval et enfin F. Legueu dont il fut, pendant seize ans, l'assistant, puis l'agrégé. De ce maître éminent, M. Fey retrace la carrière éblouissante servie par des qualités exceptionnelles ; comme chef d'école, comme enseigneur, Legueu était digne de ses illustres prédécesseurs, un Guyon, un Albarran ; il a su grouper autour de lui une équipe de chercheurs enthousiastes dont les travaux ont maintenu le renom mondial de l'école de Necker. Se tournant alors vers G. Marion, M. Fey se loue d'être aussi son élève et d'avoir passé quatre années au contact de ce modèle de science, de conscience et de maîtrise opératoire.

En terminant M. Fey s'adresse alors aux étudiants leur rappelant en termes élevés la qualité de la profession qu'ils ont choisie ; la longueur des études qui ne s'achèvent... jamais ne doit jamais abattre l'enthousiasme et l'ardeur au travail dont l'heure actuelle proclame plus que jamais la nécessité.

P. L.


L'aliment du premier âge!
La farine lactée SALVY est diastasée. Sa cuisson spéciale en a fait un aliment homogène, solubilisé, prédigéré, assimilable.
Aliment rationnel du premier âge.
Supplée à l'insuffisance digestive du nourrisson.
FARINE*
LACTÉE DIASTASÉE
Préparé par BANANIA
SALVY
* Aliment rationné vendu contre tickets


EUPHORYL
Désensibilisant
EUPHORYL INFANTILE
Troubles hépato-digestifs de l'enfance
HIRUDINASE
Troubles de la circulation veineuse
SALICYLATE "ANA" "SURACTIVÉ"
Médication classique formule moderne
SCLÉRANA
Injections sclérosantes
SPASMORYL
Médication de base du Terrain spasmogène
LABORATOIRES "ANA"
Dr VENDEL ET Cie
16, 18, Avenue Daumesnil, PARIS (12e)


les Vaccins des LABORATOIRES DU Dr P. ASTIER
42, Rue du Dr Blanche
PARIS (XVIe)
et
27, Rue du 14 Juillet, CHÂTEAUROUX (INDRE)
COLITIQUE Anticolibacillaire buvable
STALYSINE Antistaphylococcique buvable injectable filtrat
PHILENTEROL Colibacilles Entérocoques Staphylocoques
VACCIN BUVABLE PRÉ & POST OPÉRATOIRE

Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe) Dépôt légal. — 1945. — 3e Trimestre. — N° 1. — Le Gérant : F. Le Sourd.

N° 14. — 15 JUILLET 1945 118e ANNEE Ce numéro : 4 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 100 fr. Etudiants, 50 fr.; Etranger, 150 et 180 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de Médecine de Paris

Professeur honoraire. — Par arrêté du 5 juin 1945, le titre de professeur honoraire a été conféré à M. Chevassu, ancien professeur de la Faculté.

Prix de thèses (année scolaire 1943-44). Thèses vétérinaires. — Médailles de bronze : MM. Bonnaud, Bressou, Fichet, Robin. — Mention honorable : MM. Boutet, Toutain.

Stages de vacances. — MM. les Prof. Fiessinger, Quenu, Cathala.

Les étudiants qui ont un stage à compléter ou à accomplir (pour ceux inscrits tardivement) sont priés de se présenter au guichet n° V les lundis, mercredis et vendredis de 13 à 16 heures.

Les fonctions d'externe ne seront valables que pour les étudiants inscrits au titre de la relève.

Facultés de province

Aix-Marseille. — La chaire de thérapeutique prend le nom de chaire de clinique médicale thérapeutique.

La chaire de clinique médicale prend le nom de chaire des maladies des voies digestives et de la nutrition.

Lyon. — M. Froment, agrégé, est nommé à titre provisoire, à compter du 1er octobre 1945, professeur titulaire de la chaire de thérapeutique (chaire transformée).

Montpellier. — La Faculté de médecine de Montpellier et le Conseil départemental de l'Hérault viennent de recevoir officiellement à la Faculté, trois confrères déportés. Ce sont les Drs Antonin Balmès et Théodore Desmonts, chefs de clinique du Prof. Giraud, et le Dr Gabriel Luscan, de l'Institut d'Education physique.

Les uns et les autres arrêtés par la Gestapo le 9 juin 1944 sont rentrés à Montpellier le 9 juin 1945, sains et saufs, après avoir séjourné au camp de Neuengamm puis en Tchécoslovaquie.

Avec eux sont rentrés les Drs Duclos de Perpignan et Bertrand, de Narbonne. Nos cinq jeunes confrères avaient prolongé volontairement leur séjour en Allemagne pour donner leurs soins aux déportés malades.

Université de Bruxelles

Le 5 juillet 1945, nos confrères belges avec leur magnifique esprit d'initiative et de réalisation ont repris la tradition des **journées médicales de Bruxelles.** Sur la demande du ministre de la Santé publique ils ont organisé une journée en l'honneur des médecins alliés : visites dans les hôpitaux, lunch à la Faculté de Médecine, conférences en français et en anglais, soirée musicale, ce fut, en raccourci, la répétition des belles journées d'avant-guerre. Toutes nos bien affectueuses félicitations à **Bruxelles médical** et à nos amis Léopold Mayer et René Beckers qui en furent les animateurs.

Education nationale

Relèvement de traitements. — Le J. O. du 16 juin publie les décrets portant relèvement des traitements du personnel de l'enseignement de l'Université de Paris, des universités de province, du Collège de France, du Muséum, des grandes écoles, etc., etc.

Pour la Faculté de Médecine de Paris voici les nouveaux traitements du personnel enseignant :

Professeur : de 225.000 à 315.000 (3 classes).

Chargé d'enseignement de la puériculture : 180.000.

Agrégés pérennisés chargés d'enseignement ou de travaux pratiques : 180.000.

Agrégés non pérennisés chargés d'enseignement ou de travaux pratiques : 126.000.

Agrégés non chargés d'enseignement : 72.000.

Chefs de travaux : de 126.000 à 168.000 (3 classes)

Assistants agrégés : de 90.000 à 126.000 (4 classes).

Assistants : de 72.000 à 126.000 (5 classes).

Santé publique

Conseil supérieur d'hygiène publique de France

MM. les Drs Poncet et Lévy, directeurs régionaux à Dijon et à Lyon ont été nommés membres de droit du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Commission permanente du Codex

Sont nommés membres de la Commission pour une durée de 3 ans :

Président : M. le Dr Cavaillon.

Vice-présidents : MM. les Doyens Baudouin et Damiens.

Secrétaire général : M. Vaille.

Secrétaires techniques : M. le Prof. Janot, M. le Prof. Bougault, M. Volckringer.

1° Membres (Education nationale) : MM. les Prof. Aubertin, Bénard, Cadenat, Fiessinger, Harvier, Loeper ; Mlle Jeanne Lévy ; MM. les Prof. Delaby, J.-M. Fabre, Fleury, Masere, Picon, Régnier, Charonnat, et M. Valette.

2° Membres (Santé publique) : MM. les Prof. Delépine, Justin Besançon, Tréfouel ; le pharmacien-colonel Kerny ; MM. Lormand, R. Hazard, Ramon, Simonnet, Vuillaume, Velluz, Bernier, Lantenois, Penau, Poulenc et Schuster.

Commission permanente des stations hydrominérales et climatiques

— Un décret du 2 juillet 1945 complète la composition de la commission. Aux membres de droit sont ajoutés : le directeur général du Service de Santé au ministère de la Guerre ; le directeur du Service central de Santé de la Marine ; le directeur du Service de Santé Colonial ; le président du Centre d'Etudes physiologiques de l'Institut d'hydrologie et de climatologie.

Comité du massage médical

Sont nommés membres du Comité : M. le Dr Wibaux, président ; MM. le Dr Coulon, le Dr Deniker, le Prof. Duhot, le Dr Evenou, le Dr Le Cœur, le Dr Ruffier.

Centre régional d'éducation sanitaire d'Orléans. — Un arrêté en date du 8 juin 1945 porte création de ce centre dont la direction est confiée au Dr Victor Le Page, médecin phtisiologue assermenté.

Directeurs régionaux de la santé. — M. le Dr Le Bourdelles (Poitiers), est affecté à Lille, en remplacement de M. le Dr Vielledent admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. le Dr Benech, médecin inspecteur du Rhône, est nommé directeur régional à Poitiers, en remplacement de M. Le Bourdelles.

Sanatoriums

— M. le Dr Rauzier, médecin directeur au sana François Mercier, est affecté en

la même qualité au sana Marie Mercier, au Tronget (Allier), en remplacement de Mlle le Dr Boudon, mise en disponibilité sur sa demande.

— M. le Dr Amat, est nommé médecin directeur au sana François Mercier, en remplacement de M. le Dr Rauzier.

Hôpitaux psychiatriques

M. le Dr Petit, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de la Charité-sur-Loire est nommé médecin directeur du même établissement.

Inspection de la santé

Par arrêté en date du 4 juin 1945, Mlle le docteur Strennat est nommée médecin inspecteur adjoint intérimaire de la santé des Bouches-du-Rhône, au maximum pour la durée des hostilités.

Par arrêté, en date du 4 juin 1945, M. le docteur Vidal, médecin inspecteur de la santé hors classe, est affecté dans le département de la Somme.

Par arrêté en date du 29 mai 1945, M. le docteur Monnerot-Dumaine est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la santé dans le département de la Seine, au maximum pour la durée des hostilités.

M. le Dr Jacques, médecin inspecteur adjoint de la santé des Bouches-du-Rhône, est affecté, en la même qualité, au département de la Gironde.

Mlle le Dr Dufour est nommée médecin inspecteur adjoint intérimaire de la santé dans le département du Loiret, au maximum, pour la durée des hostilités.

Mlle le Dr Schuler, au même poste et dans les mêmes conditions, dans le département du Bas-Rhin.

Médecins inspecteurs de l'hygiène scolaire. — Un décret du 11 juin 1945 publié au J. O. du 13 juin 1945 porte réforme des traitement de ces médecins.

Les médecins inspecteurs du contrôle médical prennent la dénomination de médecins inspecteurs régionaux de l'hygiène scolaire et universitaire et reçoivent les traitements suivants : 1re classe : 210.000 francs ; 2e classe : 195.000 francs ; 3e classe : 180.000 francs.

Les médecins inspecteurs régionaux adjoints de l'hygiène scolaire et universitaire reçoivent les traitements suivants : 1re classe : 150.000 francs ; 2e classe : 120.000 francs.

Bourses de sages-femmes. — Des bourses ou fractions de bourses d'études peuvent être acordées par le ministre de la santé publique aux élèves des écoles de sages-femmes agréées pour la préparation au diplôme d'État. Le montant des bourses ne devra pas excéder la somme de treize mille deux cents francs par an.

Jouets dangereux. — Sont inscrits sur la liste des substances vénéneuses ou dangereuses dont l'emploi dans la fabrication de jouets ou d'amusettes est interdit : le dinitrobenzène, le sulfocyanure de mercure.

Médecine et famille. — Comme l'année dernière, le service religieux catholique des médecins a eu lieu en l'église Saint-Louis-des-Invalides, le dimanche 3 juin 1945, à 9 heures. Il a été présidé par Mgr Touzé, la prédication a été faite par le R.P. Verdun, ancien interne des hôpitaux de Paris (promotion 1908).

La place Félix-Lobligeois

Le Conseil municipal de Paris vient de décider que le carrefour Legendre-Batignolles recevrait le nom du Dr Lobligeois, électroradiologiste des hôpitaux de Paris, conseiller municipal de Paris, mort victime du devoir professionnel.

Assurances sociales. — La Caisse primaire départementale de l'Aube a besoin d'un médecin contrôleur adjoint chargé également du service de radiologie de son contrôle médical. Pour renseignements, s'adresser à la Caisse, 56, boulevard du 14-Juillet, à Troyes (Aube).

Bourses de vacances

— Les Laboratoires du Dr F. Debat rappellent qu'ils consacrent, comme les années précédentes, une somme de 100.000 francs à la création de « Bourses de Vacances » de 1.000 ou 500 francs destinées à de jeunes étudiants en médecine, de santé délicate et dont les conditions d'existence sont particulièrement difficiles.

Les demandes devront être adressées 60, rue de Monceau (Service des Bourses de Vacances) avant le 30 juillet 1945. Elles seront accompagnées d'une lettre de recommandation du Professeur de l'élève et indiqueront la situation de famille, l'état de santé du postulant ou toutes autres informations susceptibles de servir de moyen d'appréciation.

Médaille militaire

Médecin auxiliaire Lyonnet, du Ne R.I.C., croix de guerre avec palme.

Citations à l'ordre de l'armée

Médecin auxiliaire Ferrand (Patrice), Ne bataillon de choc.

Médecin lieutenant Deloupy, Ne rég. de cuirassiers.

Médecin auxiliaire Armstrong, Ne R.I.C.

Médecin capitaine Genet, Ne D.I. motorisée.

Médecin sous-lieutenant Scherer, Ne R.I.

Nécrologie

— M. Robert Bonifas, étudiant en médecine à Montpelier, déporté et décédé à Buchenwald.

— Le Dr Robert Rabut fait part de la mort de son fils, déporté politique, fusillé par les allemands, le 19 avril 1945, au cours de l'évacuation du camp de Stassfurt.

— Le Dr Michel Canonne, déporté à Buchenwald, rapatrié et décédé à Rugen, le 5 juin 1945.

— Nous apprenons tardivement le décès de M. le Prof. Georges-Léon Carrière (de Lille), membre correspondant national de l'Académie de médecine. Ancien agrégé à Montpellier, il avait été professeur à Marseille en 1908, puis professeur de pédiatrie et enfin, en 1928, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de l'Université de Lille. Il était officier de la Légion d'honneur.

— Le Dr Paul Balard, chef de service à la Maternité de Pellegrin (Bordeaux).

— Le Dr André Lacoste, professeur sans chaire à la Faculté de médecine de Bordeaux. On lui doit des travaux très importants en anatomie générale et histologie.

— Le Dr Jean-Georges Godineau, ancien interne des hôpitaux de Paris (1899), chirurgien en chef honoraire de l'hôpital d'Angoulême.

— Nous apprenons enfin, avec une vive peine, le décès survenu le 4 juillet, à Paris, du Dr Philippe Dally. Il était âgé de 75 ans.

Dally a exercé longtemps à Paris, dans le xxe arrondissement. Sa longue pratique dans ce quartier populeux fut un véritable apostolat de bonté et de dévouement. Il s'occupa aussi avec beaucoup d'ardeur de nos organisations professionnelles.

Esprit d'une haute culture et d'une grande distinction, il consacrait une partie de sa vie à des recherches historiques. On lui doit notamment une remarquable histoire de Belleville, maintenant introuvable. La littérature médicale étrangère lui était familière. Après un séjour aux Etats-Unis, où habitait une de ses filles, Dally devint correspondant du « Journal of American medical association ». Il put ainsi diffuser en Amérique les meilleurs travaux français. Il collaborait aussi à la « Presse Médicale » et à la « Gazette des Hôpitaux ». C'est à la veille de son départ pour l'Amérique où, malgré son âge, il avait accepté une mission, qu'il est mort terrassé par une crise cardiaque. Très tristement, nous adressons aux siens l'expression de nos condoléances émues.

F. L. S.

Rapatriés

— Le Dr Emile Coudert, dont nous avions annoncé **par erreur** le décès en Allemagne, vient de rentrer en France avec 85 malades qu'il avait tenu à soigner au camp d'Oranienburg.

(Suite des informations p. 229)

TÉTANOS CÉRÉBRAL OU ENCÉPHALITE SÉRIQUE?

Par MM. Bonnin et Dulong de Rosnay (de Bordeaux)

L'apparition de troubles mentaux au cours de l'évolution d'un tétanos est une éventualité assez rare en clinique. En effet, toutes les descriptions classiques insistent sur l'intégrité des fonctions psychiques au cours de cette affection. Cependant, sous le nom de tétanos cérébral, Lumière, Bérard et Astier ont publié, en 1917, une série de 11 cas de tétanos avec troubles psychiques. Depuis, les observations de Bailleul et Worms, de Sabrazes et de Grailly, celle plus récente de Jacquier et Thiefry, à la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, la thèse de Damany, confirmèrent les descriptions initiales.

Le cas suivant nous a fourni l'occasion de reprendre l'étude clinique et pathogénique de ce syndrome.

Observation. — B..., Léonce, 41 ans, employé des chemins de fer, entre à l'hôpital le 4 mars 1944, envoyé par son médecin avec le diagnostic de tétanos.

Au début du mois de février 1944, le malade laisse tomber une tôle sur son gros orteil, ce qui nécessite l'ablation de l'ongle à l'infirmerie de la gare. On ne pratique pas d'injection de sérum préventif.

Le malade profite des quelques jours de repos que lui valent cet accident pour se livrer à des travaux de jardinage, au cours desquels son pansement fut plus d'une fois souillé. Vers le 25 février, quelques troubles apparaissent : difficulté pour ouvrir les paupières, puis trismus qui va en s'accentuant jusqu'à l'entrée à l'hôpital, le 4 mars 1944. L'évolution a été constamment apyrétique.

Il s'agit d'un homme robuste, sans passé pathologique, sans antécédents alcooliques. Il y a 5 ou 6 mois, il aurait reçu une injection de sérum anti-tétanique à la suite d'une plaie à la main.

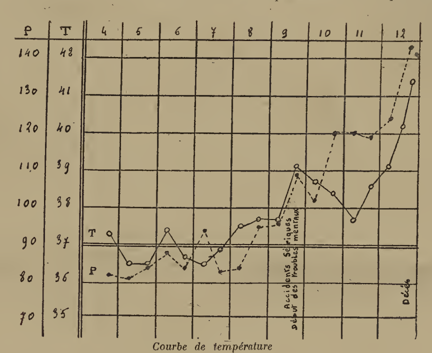
L'examen pratiqué dès l'entrée du malade révèle une petite plaie atone au niveau du gros orteil gauche ; le malade est apyrétique ; on note un trismus assez intense, ne permettant pas un écartement des arcades dentaires de plus d'un centimètre ; la contracture s'est étendue à la nuque, les réflexes sont vifs ; le reste de l'examen est entièrement négatif ; en particulier le psychisme est tout à fait normal. Le malade reçoit 160.000 unités de sérum anti-tétanique concentré purifié et 2 centicubes de somnifère. La plaie du gros orteil gauche est débridée et infiltrée de sérum.

Le lendemain, 6 mars 1944, état stationnaire, légère somnolence, effet du somnifène ; le trismus persiste ; on note une ébauche de facies sardonique ; des excitations fortes provoquent des paroxysmes à peine ébauchés. On injecte 200.000 unités de sérum, 4 cc. de somnifère et 2 cc, d'anatoxine.

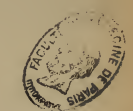
Le 7 mars, le syndrome tétanique semble s'intensifier : le trismus est le même, mais on arrive à provoquer des crises paroxystiques plus nettes et plus violentes. Le malade se plaint de céphalées intenses et de douleurs dans les jambes et la région lombaire. L'état du malade présente quelques altérations où domine un certain degré de puérilité ; ainsi, le malade picure quand la Sœur veut lui faire une piqûre et la traite de vilaine, ou rit béatement sans raison.

Sérum antitétanique, anatoxine et somnifène aux mêmes doses.

La nuit du 7 au 8 mars a été très agitée, le malade s'est levé et a uriné contre le mur de sa chambre ; il a des moments de torpeur entrecoupés de désordre ; complètement désorienté, il crie, menace, croit qu'on le persécute, s'agite violemment au point qu'il doit être maintenu ; il ne répond plus aux questions qu'on lui pose et ne reconnaît plus personne. *Le syndrome tétanique est en nette régression :* la nuque est souple, le trismus moins serré, on n'arrive pas à provoquer de contractures. Mais on note, à la face interne des cuisses et sur le ventre du malade, une légère éruption de placards érythémateux que l'on attribue, ainsi qu'une légère élévation de température : 37°8, à des accidents sériques. Sérum antitétanique et somnifène aux même doses.



Courbe de température



Le 9 mars, le malade est de plus en plus confus, il urine sous lui ; les manifestations tétaniques semblent stationnaires, on pratique une P.L. qui ramène un liquide contenant :

Albumine : 0,25 ; chlorures : 7,2 ; glucose : 0,92, légèrement augmenté.

A la cellule de Nageotte : 1,32 éléments par millimètre cube.

Meinicke : négatif. Benjoin : normal.

Examen du sang : Meinicke et Kahn négatifs, urée 0,40. Examen ophtalmologique (Dr Bonnal) : pas de lésions apparentes du fond de l'œil, mais diminution de tension intra-oculaire : moins 2. Même traitement.

Le 10 mars, le malade est dans un coma entrecoupé d'agitation ; la température est 38°, le pouls 120. Le syndrome tétanique régresse, il ne persiste plus qu'un léger trismus. Dans l'urine, 0,46 cgr. d'albumine et sédiment abondant. On injecte 200.000 unités de sérum, 4 cc. de somnifène, du sérum glucosé hypertonique, de l'uroformine et de l'ouabaïne par voie i.-v., 0,01 cgr. de morphine, 1 cc. de coramine et 5 cc. d'acide phénique par voie sous-cutanée.

Le 11 mars, coma complet, température : 38°, pouls : 120 ; le syndrome tétanique a complètement disparu. Même thérapeutique que la veille.

Le 12 mars, le malade meurt en hyperthermie au-dessus de 41° avec un pouls aux environs de 140.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

En résumé, tétanos d'incubation imprécise, assez longue, bénin, donnant tout espoir d'être jugulé, paraissant avoir évolué

10 à 12 jours, et après sa régression (10[e] jour), s'être compliqué de troubles mentaux bientôt progressifs, dont le début a coïncidé avec l'érythème fébrile sérique.

L'étude de ce cas et l'examen critique des 17 autres cas de « tétanos cérébral », publiés dans la littérature médicale, conduisent aux remarques suivantes :

Au point de vue symptomatique, les phénomènes cérébraux rares surviennent en général au cours de tétanos à incubation longue et le plus souvent plusieurs jours après les premiers signes de la maladie, quelquefois à la suite d'un tétanos en régression, succession considérée par les auteurs comme de bon augure, d'autres fois, au cours d'un tétanos intense, à issue fatale prochaine.

Tous les malades observés avaient reçu du sérum.

En général, ils ont aussi reçu une injection préventive de sérum anti-tétanique : sur 14 cas de « tétanos cérébral » retenus (les trois autres cas étant trop sujets à caution), 3 seulement n'ont pas été soumis à la sérothérapie préventive.

L'apparition des phénomènes cérébraux est tardive au cours du tétanos et leur évolution paraît indépendante du syndrome tétanique. Dans la plupart des cas le trismus, les contractures, la fièvre disparaissent, alors qu'évoluent les accidents psychiques et on a l'impression que le tétanos est guéri, alors que l'évolution est mortelle ; il semble que le malade succombe à une toute autre maladie que le tétanos.

Les phénomènes psychiques sont de type variable : hallucination, délire professionnel, confusion mentale, tableau de psychose toxique. Ils évoluent en deux périodes de calme et d'agitation.

Au point de vue pronostique, Lumière considère le « tétanos cérébral » comme une affection bénigne : sur les 11 cas de sa statistique, il n'a eu qu'un décès. Au contraire, les deux malades du Prof. Sabrazès, celui de Bailleul, le nôtre, n'ont pu être sauvés. Certains signes semblent avoir une certaine valeur pronostique : l'apparition de troubles sphinctériens, surtout l'incontinence d'urine, sont de mauvais augure.

En somme, les manifestations psychiques au cours du tétanos apparaissent comme des accidents rares, assez tardifs, de type variable, hallucinatoire ou confusionnel, ne s'observent qu'après sérothérapie préventive et curative et coïncident le plus souvent avec l'apparition des accidents sériques et la régression du syndrome tétanique.

Ces accidents peuvent être bénins quand ils évoluent seuls après régression du tétanos. Les cas mortels peuvent être considérés, soit comme une forme grave de la maladie sérique, soit, s'il y a lieu, comme un tétanos mortel au cours d'une maladie sérique.

Que sont ces si rares troubles mentaux observés au cours du tétanos ?

Ils ont d'abord été attribués à l'action de la toxine tétanique sur les centres nerveux supérieurs, explication de Lumière, Bérard et Astier, reprise par Sabrazès et Damany ; elle s'appuie sur les expériences de Roux et Borrel qui ont créé le terme de « tétanos cérébral » : ayant après trépanation, pratiqué des injections intra-cérébrales de toxine tétanique chez des animaux de laboratoire, ils n'observèrent pas de tétanos typique, mais des phénomènes qu'ils décrivent ainsi : « La scène est dominée par des troubles psychiques, il (le rat) semble obéir à une impulsion intérieure, il donne l'idée d'un animal pris de folie ». Chez le lapin, ils décrivent des hallucinations. Lumière, Bérard et Astier, se basant sur ces faits expérimentaux, ont attribué à l'imprégnation toxinique des centres corticaux les phénomènes psychiques observés chez l'homme dans quelques rares cas de tétanos.

Ces interprétations ne semblent pas devoir être admises sans réserves. En effet, les troubles psychiques sont difficiles à observer chez l'animal ; le rôle du traumatisme opératoire n'est certainement pas négligeable. J. Camus provoque, en effet, des phénomènes similaires par des injections intraveineuses de toxiques tels que le chlorure de plomb, si une méningite aseptique a été réalisée auparavant. Enfin et surtout, on comprend mal que la fixation de la toxine se fasse directement sur l'encéphale en respectant le bulbe. Pour expliquer ces faits, Bérard et Lumière présument que le sérum préserverait le bulbe et non l'encéphal ou encore attribuent au microbisme latent un rôle à vrai dire mal précisé dans l'éclosion de l' « encéphalite tétanique ».

L'intoxication thérapeutique par les opiacés, le chloral ou les barbituriques, évoquée un instant chez notre malade, ne nous semble pas non plus devoir être retenue, aux doses utilisées pendant ce peu de temps.

Il nous a paru plus vraisemblable de ranger ces accidents *parmi les complications nerveuses de la sérothérapie.*

Inconnus de Roux et Borrel, les accidents nerveux de la sérothérapie ont été décrits en 1918 par Lhermitte, qui hésita à les attribuer formellement au sérum. Depuis, les publications se sont multipliées, la thèse de Bernard, le travail de Poursines et la thèse de Font-Reaulx, ont considérablement étendu le cadre des accidents nerveux post-sérothérapiques.

On sait que les plus fréquents consistent en paralysies à localisation prédominante sur le plexus brachial, mais pouvant frapper d'autres territoires, tantôt de type polynévritique, tantôt de type radiculaire, aboutissant à la restauration *ad integrum* au bout d'un temps plus ou moins long. Mais successivement ont aussi été décrites : des méningo-radiculites, des myélites et des méningo-myélites et nous en sommes venus à nous demander, à la suite d'observations de Tzanck et de Lemierre, si les manifestations psychiques de ces malades n'étaient pas plutôt dues à la maladie sérique qu'au tétanos.

Certains faits cliniques semblent appuyer cette hypothèse.

Des observations de Kennedy, de Lemierre, de Laporte et Domart, de Tzanck et Netter, de Tzanck et Mlle Abadie, montrent que des troubles psychiques peuvent s'observer après sérothérapie anti-diphtérique, anti-scarlatineuse et même après transfusion, comme aussi au cours de la sérothérapie anti-tétanique. Et Tzanck et Mlle Abadie n'hésitent pas à présenter, sous la rubrique de psychose sérique au cours du tétanos, l'observation d'un de leurs malades assez superposable à la nôtre.

En somme, les troubles psychiques peuvent s'observer au cours de sérothérapies les plus diverses ; au cours du tétanos, l'apparition de ces accidents cérébraux coïncide avec l'emploi en grande quantité du sérum anti-tétanique : leur description date de 1916 (Bérard et Astier) et il n'en est pas fait mention dans les publications antérieures.

D'autre part, l'étude des diverses observations que nous avons consultées nous a montré que les troubles psychiques coïncidaient le plus souvent avec les accidents sériques. Enfin, nous avons été frappés par l'évolution dissociée du syndrome tétanique et des troubles mentaux, ceux-ci paraissant hors de proportion avec celui-là et évoluant souvent après la guérison du tétanos.

Nous croyons donc pouvoir attribuer les accidents psychiques au cours du tétanos à la maladie sérique. Il s'agit sans doute de phénomènes d'œdème cérébral ; évidemment, les documents anatomo-pathologiques sont rares : nous n'avons que deux comptes rendus histologiques : ceux d'une malade de Sabrazès et Damany, décédée au cours d'un tétanos cérébral et d'un malade de Poursines, ayant succombé à des accidents sériques à type d'encéphalo-myélite. Dans le premier cas, à côté de lésions cellulaires assez importantes, les auteurs notent « un état un peu lâche et comme œdémateux des parties superficielles de la corticalité ; les petits vaisseaux capillaires paraissent gorgés de sang ». Dans le second cas, l'auteur rapporte des phénomènes d'œdème et de congestion.

S'il manque à cette interprétation la confirmation expérimentale, les confrontations cliniques nous la rendent plus vraisemblable et nous croyons que l'expression « tétanos cérébral » doit être remplacée par celle de « *psychose sérique au cours du tétanos* ».

Il semble qu'un facteur individuel favorise l'action du sérum ; dans plusieurs observations, les malades sont des traumatisés crâniens, des alcooliques ou des hérédo-alcooliques ; il est possible qu'il y ait là un facteur individuel prédisposant.

Une telle origine des troubles mentaux chez un tétanique recevant du sérum entraîne un nuancement délicat de la poursuite de son traitement ; il dépend de la part faite aux troubles tétaniques et aux accidents sériques cérébraux. D'une part, elle entraîne la cessation de la sérothérapie, si les premiers ont disparu ; d'autre part, si d'après les lésions anatomo-pathologiques des sujets et des animaux morts de choc anaphylactique, celles-ci se limitent à de l'œdème cérébral et de la congestion, il faut traiter ces malades non plus comme des tétaniques, mais comme des hypertendus cérébraux, par exemple par des injections hypertoniques de sulfate de magnésie. Il semble que les résultats heureux de Bérard et Lumière puissent être attribués à une action analogue du persulfate de soude injecté par voie intraveineuse.

Naturellement, la sérothérapie et le traitement classique du tétanos gardent toutes leurs indications si le syndrome tétanique évolue parallèlement aux phénomènes psychiques, mais sa poursuite, probablement néfaste dès lors, ne sera plus obstinée devant le seul syndrome psychique. Damany, dans sa thèse, émettait l'idée que la sérothérapie intra-cérébrale serait indiquée ; l'expérimentation sur l'animal n'a pas été concluante, ce qui ne saurait nous étonner, si le « tétanos cérébral » est dû au sérum et non à la toxine tétanique.

Bibliographie. — Thèse de Mourier (Bordeaux, 1944).

LES CARACTÉRISTIQUES DE LA TENSION ARTÉRIELLE AU COURS DE LA SPRUE (SPRUE NOSTRAS)

Données statistiques et biométriques

Par M. SCHACHTER (de Marseille)

L'étude clinique des malades atteints de sprue évoque — à la phase d'état — les aspects que l'on rencontre dans certaines maigreurs de type endocrinien. C'est surtout la similitude avec la cachexie simmondsienne qui paraît la plus frappante.

Poursuivant nos études sur les niveaux tensionnels au cours des syndromes à teinte endocrinienne ou endocrino-végétative, nous nous sommes proposé de voir jusqu'à quel point les caractéristiques tensionnelles de la sprue peuvent être rapprochées de celles d'un tableau clinique endocrinien en général, et du syndrome de Simmonds en particulier.

Soulignons dès maintenant que nous n'avons trouvé aucune étude sur la tension artérielle au cours de la sprue. Dans la plupart des grands travaux que nous avons consultés, ce thème est, pour ainsi dire, totalement négligé. La seule exception est, de ce point de vue, l'excellente monographie de Hansen et Staa (*Die Einheimische Sprue*, Thieme à Leipzig, 1936). Ces auteurs notent très fréquemment une hypotension portant aussi bien sur les valeurs maxima que minima. Cependant, ils excluent toute interprétation endocrinienne de ces chiffres tensionnels. Seule, la sous-alimentation et l'atrophie générale leur suffisent pour expliquer l'hypotension de ces malades.

Le matériel qui est à la base du présent travail est fait de 40 cas de sprue recueillis dans la littérature de spécialité. Le diagnostic clinique et biologique est indiscutable. Les chiffres tensionnels ont été obtenus avec le même appareil (Vaquez).

En ce qui concerne les critériums tensionnels, nous considérons, ainsi que nous l'avons déjà souligné antérieurement, que toute valeur systolique qui atteint ou qui dépasse 14 cm. Hg. est hypertensive. Les valeurs systoliques inférieures à 11 cm. Hg. appartiennent à la zone hypotensive, et les valeurs comprises entre 11 et 13 y compris, sont normotensionnelles. Pour les tensions diastoliques, la normale est comprise entre 5 et 6 cm. Hg. Tout ce qui est au-dessus est hypertensif ; tout ce qui est inférieur à ces deux valeurs est hypotensif.

Voilà, maintenant, le résultat de nos constatations :

Les 40 cas se situent, du point de vue de *l'âge et du sexe*, de la façon suivante :

De 0 à 20 ans :	3 hommes et 1 femme	4 cas
De 21 à 40 ans :	7 hommes et 11 femmes	18 cas
De 41 à 60 ans :	10 hommes et 5 femmes	15 cas
Plus de 60 ans :	1 homme et 2 femmes	3 cas
Total :	21 hommes et 19 femmes	40 cas

Nous notons une égalité de fréquence en ce qui concerne le sexe. La plupart des cas se situent entre 21 et 40 ans ; ce qui est une notion courante.

Quant aux niveaux tensionnels, nous avons obtenu :

Normotension : 24 cas sur 40, soit	60,00 %	± 7,7
Hypotension : 13 cas sur 40, soit	32,50 %	± 7,4
Hypertension : 3 cas sur 40, soit	7,50 %	± 26,3

Ces résultats mettent en évidence, à l'encontre de ce que l'on aurait cru *a priori*, en se limitant uniquement aux ressemblances cliniques, la prépondérance nette des valeurs normotensionnelles sur celles de l'hypotension. Cette prépondérance est assurée du point de vue statistique. En effet, pour l'établir, nous nous sommes servi des formules biométriques suivantes :

$$a)\ e\,(p) = \pm \frac{p\,(100-p)}{n}$$

$$b)\ e\,(D) = \pm \quad m_1^2 + m_2^2$$

qui expriment l'erreur standard de nos pourcentages [$e\,(p)$] et l'erreur standard de la différence de ces pourcentages [e (D)]. L'erreur standard de la différence est : 10,7, alors que l'écart procentuel entre la fréquence de la normotension et de l'hypotension est de 27,50 % ; en d'autres termes, l'écart procentuel est pratiquement trois fois supérieur à l'écart standard trouvé. D'où la solidité statistique des résultats.

On ne peut donc pas parler d'un tableau clinique caractérisé par un aspect original, *sui generis*, des niveaux tensionnels dans la sprue.

L'opinion de Hansen et Staa, selon laquelle on ne peut pas invoquer l'intervention évidente d'un élément endocrinien spécifique, est soulignée par nos propres résultats, qui soulignent la prépondérance des normotensions.

Afin d'apporter plus de précision à nos résultats, nous avons étudié la qualité des valeurs normotensionnelles de la sprue. Car, affirmer que, dans 60 % des cas, on a affaire avec une normotension, est une donnée insuffisante du point de vue biométrique. Nous avons donc cherché à calculer le niveau tensionnel caractéristique. Pour cela, nous nous sommes servi de la formule qui donne lécart quadratique moyen $e\,(m) \pm \frac{\Sigma\, d^2}{n}$ En partant de la moyenne arithmétique qui est 11 (pour la tension systolique), nous avons trouvé que cet écart est = ± 1,53. En d'autres termes, la tension systolique caractéristique oscille entre 12,52 et 9,47.

La différence qui sépare, du point de vue des caractéristiques tensionnelles, la sprue de la maladie de Simmonds, est nette. Nous comparerons les résultats ci-dessus exprimés avec ceux que nous avons trouvés pour le syndrome simmondsien.

Niveaux	*Sprue*		*Simmonds*	
Normotension	60,00 %	± 7,7	23,61 %	± 1,3
Hypotension	32,50 %	± 7,4	73,61 %	± 4,6
Hypertension	7,50 %	± 26,3	7,78 %	± 3,1

En appliquant la même méthode, à l'étude de l'erreur standard des différences, nous avons trouvé le chiffre 4,7, alors que l'écart procentuel entre la normotension et l'hypotension est de 50,00 % pour le Simmonds. La prépondérance des hypotensions simmondsiennes ne laisse donc, statistiquement, subsister aucun doute.

Par ailleurs, les résultats sont également éloquents si nous comparons les chiffres tensionnels de la sprue avec un autre syndrome spécifiquement hypotensif, notamment la maladie d'Addison. Voilà, en effet, nos propres statistiques :

	Sprue	*Addison*
Normotension	60,00 %	17,00 %
Hypotension	32,50 %	80 96 %
Hypertension	7,50 %	2,04 %

Il résulte, par conséquent, de cette confrontation, que la sprue est, de toute évidence, un syndrome normotensionnel. Il est vrai que, du point de vue *qualitatif*, cette normotension nous apparaît relativement faible, si nous la comparons avec un syndrome endocrinien aussi nettement normotensionnel que la tétanie parathyréoprive. Voilà, en effet, les chiffres que nous avons obtenu :

	Sprue	*Tétanie*
Normotension	60,00 %	84,31 %
Hypotension	32,50 %	5,89 %
Hypertension	7,50 %	9,80 %

En ce qui concerne les *tensions diastoliques* dans la sprue, nous avons obtenu, en nous servant des barèmes ci-dessus définis, les chiffres que voici :

Normotension : 15 cas sur 40, soit	37,50 %	± 7,2
Hypotension : 2 cas sur 40, soit	5,50 %	± 3,6
Hypertension : 23 cas sur 40, soit	57,50 %	± 7,8

Ces résultats tendent à montrer que les valeurs hypertensionnelles prédominent. Toutefois, le calcul statistique ne le confirme pas. En effet, la valeur de l'erreur standard des différences qui séparent les valeurs procentuelles de la normotension et de l'hypertension est de 10,6, alors que l'écart procentuel entre nos chiffres exprimant la normotension et l'hypertension est de 20,00 %. On pourrait, à la rigueur, affirmer que la prépondérance de l'hypertension diastolique dans la sprue est *probable*, mais non certaine. Cette « dissociation » n'a rien d'étonnant. Confirmant les constatations de Dumas (de Lyon), nous avons montré statistiquement que c'est seulement dans les syndromes spécifiquement hypertensifs que la tension diastolique est caractéristique dans sa constance.

Dans un travail antérieur, nous disions, en guise de conclusion : L'opinion de M. Dumas, selon laquelle les niveaux tensionnels diastoliques sont plus caractéristiques pour les *syndromes hypertensifs*, est juste. Cette conclusion ne peut pas s'appliquer aux syndromes endocriniens spécifiquement hypotensifs, ni aux syndromes normotensifs, comme dans la tétanie. Ces conclusions doivent donc s'appliquer également à la sprue.

En résumé, l'étude statistique nous a montré que, du point de vue de la tension artérielle, on note dans la sprue une prépondérance statistiquement nette des normotensions systoliques, alors que cliniquement, on aurait pu supposer qu'il s'agit d'un syndrome hypotensif. Il s'agit d'une normotension qualitativement faible. La comparaison avec la tétanie parathyréoprive qui est, d'après nos chiffres, très normotensive, le confirme. Quant aux valeurs diastoliques, nous avons trouvé une certaine fréquence des valeurs hypertensives ; elle est statistiquement probable, mais non certaine.

Bibliographie. — M. SCHACHTER : *a)* Las caracteristicas de la tension en los sindromes de Cushing y Simmonds ; datos estadisticos comparativos (*Clin. y. Lab.*, avril 1944) ; — *b)* Etude sur les caractéristiques de la tens. art. dans qq. syndr. endocriniens (*J. de Méd. et Chir. prat.*, juillet 1943); — *c)* Etude comparative sur les tensions systoliques et diastoliques dans qq. endocrinopathies (*Arch. Hospitalières*, sept. 1944).

[*Travail de l'Institut de Biométrie Humaine*, (Prof. CORNIL), Faculté de Médecine, MARSEILLE.]

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 26 juin 1945

La séance est entièrement occupée par un comité secret, consacré à l'étude de la **Réforme des études médicales.**

Séance du 3 juillet 1945

Notice nécrologique sur M. Carrière (de Lille). — M. Laubry.

Election d'un membre du Conseil. — M. Levaditi est élu membre du Conseil en remplacement de M. Tiffeneau, décédé.

L'action du diéthylstilbœstrol chez l'homme. — MM. Loeper, Vignalou et Trémolières. — Chez l'animal, le diéthylstilbœstrol provoque l'abaissement du métabolisme basal, l'augmentation du cortex surrénal, la diminution de la prostate et parfois des réactions cellulaires, nucléaires et glycogéniques du foie. Chez l'homme, on trouve le même abaissement du métabolisme basal, l'augmentation de poids, la gynécomastie à partir de 80 milligr., la réduction des organes génitaux, parfois de petites coliques uréthrales par élimination de bouchons épithéliaux et pratique toujours une raie pigmentaire pénienne et médio-scrotale, peut-être équivalent masculin de la ligne abdominale sous-ombilicale de la femme.

Ces modifications se produisent chez le sujet normal comme chez le prostatique parallèlement à la réduction de la prostate cancéreuse et à l'amélioration fonctionnelle et générale et témoignent de l'action féminisante du médicament.

Le métabolisme de base et la dépense de fond des personnes âgées. — Leurs variations. — MM. Binet, Mlle Bochet, M. Bourlière. — L'étude du métabolisme basal chez 40 sujets âgés montre la valeur de la dépense de fond (échanges respiratoires par 24 heures dans les conditions basales non rapportées à la surface corporelle); celle-ci est très abaissée et voisine de 1.000 calories au-dessus de 70 ans, chute réversible sous l'action de certains traitements endocriniens.

Etude photographique du plasma sanguin. — MM. Chevallier, Guillot et Fiehrer. — Cette méthode permet d'étudier la coagulation du plasma *in vitro* et de connaître de plus près son mécanisme et ses rapports avec les centres de coagulation. Il existe une différence objective dans la structure des caillots, caillot normal et caillot hémophilique notamment. Cette méthode permet une meilleure orientation de l'étude expérimentale.

Production expérimentale d'œdèmes par déséquilibre alimentaire. — M. Lecoq. — On peut, chez le jeune rat blanc, au moyen d'un régime artificiel défini, provoquer des œdèmes par déséquilibre alimentaire. La déficience azotée en est le facteur essentiel, mais un facteur second y est nécessaire : expérimentalement ce sont les bases puriques ; cliniquement ce sont les troubles vasculaires ou endocriniens.

Correction par les sucres des effets excitants de la caféine ou de la théobromine sur le système nerveux. — M. Chauchard, Mme Mazoué, M. Lecoq. — L'effet excitant est expérimentalement compensé par addition au régime ou par injection de lait. C'est le lactose qui agit ; saccharose, galactose ou glucose ont la même action. L'antagonisme bases puriques-sucres s'exerce sur le système nerveux périphérique et sur l'excitation cardiaque. Etude expérimentale chez l'animal qu'il serait intéressant de continuer en thérapeutique humaine.

Rapport sur la pénurie présente de médicaments. — M. Fabre (au nom de la Commission du rationnement pharmaceutique). — Dans un rapport qui a été écouté avec grande attention par l'Académie, M. R. Fabre expose la situation extrêmement critique de la pharmacie en France. Tous les stocks sont épuisés, le charbon fait défaut pour la fabrication d'un grand nombre de produits. Et cependant il faut relativement peu de charbon pour l'industrie pharmaceutique, à peine celui consommé par une boîte de nuit ! Si on a maintenant un peu d'iode, on manque de caféine, de théobromine, on manque de verre pour les ampoules et les seringues à injections. Les laboratoires, surchargés de frais et manquant de matières premières, sont dans une situation très grave. Leur existence est compromise, la santé publique elle-même est en grand danger.

Aussi l'*Académie émet-elle à l'unanimité le vœu :*

« Que les moyens nécessaires en charbon, verrerie, matières premières et transports soient mis à la disposition de l'industrie pharmaceutique et que production et distribution des médicaments bénéficient d'urgence d'une priorité absolue. »

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 27 juin 1945

A propos de la gastrectomie totale. — M. d'Allaines, en se basant sur 19 observations personnelles, revient sur les indications de cette intervention.

Tuberculose gastrique à forme hypertrophique. — M. Logeais. — M. d'Allaines, en rapportant cette observation, y joint un cas personnel et discute les difficultés du diagnostic qui n'est souvent qu'une découverte d'examen histologique.

Le traitement des luxations de la hanche consécutives à l'ostéomyélite du nourrisson. — M. Leveuf propose une résection arthro-plastique de la hanche avec ostéotomie secondaire ; malgré la complexité de l'opération, les résultats sont satisfaisants.

M. Lance estime qu'en choisissant les cas, on peut traiter orthopédiquement ces luxations, les réduire et obtenir de bons résultats.

Note sur les blessures par mine terrestre. — M. Hébrand. — M. d'Allaines rappelle la variabilité de la matière première des mines, ce qui explique les aspects très différents des blessures qui sont toujours graves et de traitement difficile.

Traumatismes fermés du pied par mine. — M. Delvoye. — M. Merle d'Aubigné rapporte ce travail, dans lequel l'auteur insiste sur l'intérêt de la chirurgie conservatrice de ces lésions, malgré l'importance initiale des blessures.

Maladie de Volkmann traitée par raccourcissement des deux os de l'avant-bras. — Excellents résultats. — M. Merle d'Aubigné.

Séance du 4 juillet 1945

Rectites proliférantes et sténosantes. — M. Ameline se montre réservé quant au pronostic éloigné de ces lésions.

Sur la luxation de l'os coxal. — M. Siméon. — M. Sicard rapporte cette observation et souligne la tolérance relative de ces grosses déformations du bassin.

Contribution à la technique de la suture termino-terminale de l'intestin grêle. — M. Lanthier. — M. Rudler, rapporteur.

Vaste cavité pleurale d'origine streptococcique rendue aseptique par ensemencement spontané par l'aspergillus fumigatus. — M. P. Jourdan. — M. Roux-Berger rapporte cette observation qui paraît exceptionnelle.

Traitement chirurgical des plaies des parties molles en chirurgie de guerre. — M. Frucheaud ne s'occupe que du traitement immédiat de ces plaies, il souligne l'aspect anatomique de ces plaies constituées par un foyer central détruit et un manchon périphérique de contusion dans laquelle se développe une tuméfaction ; celle-ci est à l'origine d'une maladie traumatique locale qui conditionne le shock et les suppurations importantes et étendues. L'auteur s'élève contre la suture primitive dans les plaies des parties molles et estime qu'il faut, après un débridement large, laisser tout ouvert ; il ne lui paraît pas utile de renouveler les applications locales de sulfamides ou de pénicilline. Une immobilisation plâtrée est indispensable pour compléter le traitement.

Traitement du cancer du col utérin par l'association radium-chirurgie. — MM. Desplat et J.-L. Brenier, après avoir mis en parallèle les avantages et les inconvénients respectifs du radium et de la chirurgie, estiment que seule la méthode combinée radium-chirurgie offre de sérieux avantages. 76 % de guérison pour les catégories I et II. Mortalité opératoire de 4 %. L'hystérectomie doit être effectuée 1 mois et demi à 3 mois après l'application du radium ; s'il s'agit d'un cas I, hystérectomie totale ; s'il s'agit d'un cas II, Wertheim s'il est possible ; sinon s'adresser à la Rœngenthérapie complémentaire.

M. Roux-Berger souligne la difficulté de classer les cas en catégorie I, car on se base uniquement sur l'examen clinique ; les statistiques des malades traités uniquement par le radium sont grevés de cas rentrant en réalité dans la catégorie II, mais dont la preuve ne pourrait être fournie qu'après hystérectomie et examen histologique des paramètres.

M. Mocquot utilise assez souvent l'association radium-chirurgie en commençant par l'hystérectomie pour supprimer un utérus infecté.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

12 *mai.* — M. Barrière. — A propos d'un traitement nouveau des tuberculoses cutanées.

M. Naudin. — Trois cas de névrite optique au cours de l'intoxication par le méthanol.

M. Melin. — Tendances actuelles de la lutte antivénérienne.

15 *mai.* — M. Desjardin. — Réactions biologiques et diagnostic précoce de la distomatose humaine à « fasciola hepatica ».

M. Le Péchoux. — Des embolies artérielles bismuthiques.

M. Delin. — Les images radiologiques pulmonaires segmentaires.

M. Bonvallet. — Le traitement radio-chirurgical du cancer de la prostate.

16 *mai.* — M. Lenormand. — La migraine. Son traitement par l'infiltration novocaïnique du sympathique péritemporal superficiel.

M. Bouchard. — A propos d'une fièvre typhoïde anormale.

M. Mintz. — A propos d'un cas de diverticule sus-diaphragmatique de l'œsophage ouvert dans les bronches, compliqué d'abcès au poumon, opéré et guéri.

M. Lavarde. — Sur les niches géantes de l'estomac.

M. Mabon. — Les régimes alimentaires insuffisants dans les psychopathies.

17 *mai.* — M. Juhel. — Etude des paraplégies d'allure pseudo-névropathique au début de la sclérose en plaques.

M. Schwarz. — Du gliome de la rétine.

M. Choay. — Le troisième bruit du cœur.

M. Lafay. — Le certificat prénuptial.

M. Roca. — Du rôle de la tachyphagie dans les dyspepsies gastro-intestinales.

18 *mai.* — M. Goy. — Contribution à l'étude évolutive de 522 cas de tuberculose pulmonaire.

M. Fauré. — L'estomac dans les idiopathies hémolytiques.

M. Noyalet. — D'une observation typique d'idiopathie hémolytique acquise.

M. Corbille. — Des hypoglycémies.

24 *mai.* — M. Haineaux. — Contribution à l'étude des névrites optiques déterminées par l'alcool méthylique.

M. Burette. — Relativité de la valeur localisatrice des signes de compression directe du nerf optique intra-cranien.

M. Guis. — Fréquence et comportement de la tuberculose pulmonaire chez les étudiants en médecine des universités françaises et suisses.

25 *mai.* — M. Guérin. — Sur deux cas atypiques de fièvre typhoïde.

M. Maillart. — Les diurétiques mercuriels et diabète insipide.

M. Rameix. — Du pronostic des néphroses lipoïdiques.

M. Brault. — Des péricardites purulentes à pneumocoques.

M. Bernezech. — Syndromes neuro-toxiques et rhino-pharingite.

M. O'Bin. — Données d'entraînement au football.

M. Béchet. — La radiothérapie de la syringomyélie.

M. Faure. — L'estomac dans les idiopathies hémolytiques.

M. Mazourine. — Sur 116 cas de hernies étranglées opérées à l'hôpital du Raincy.

Mme Vincent. — Une ambulance chirurgicale pendant la Commune.

M. Doubrieu. — De la paratyphoïde A.

M. Radier. — Essai de mise au point de la question : « Epreuve du travail ».

26 *mai.* — M. Seibel. — Réactivation des tests cutanés d'intolérance par l'injection intradermique d'histamine.

M. Fournier. — Le rétablissement de la continuité intestinale au moyen de l'iléo-colorectoplastie.

M. Cazes. — Traitement de la péritonite à pneumocoque par l'intervention chirurgicale précoce associée à la sulfamidothérapie locale.

30 *mai.* — M. Vazel. — Du traitement de l'anxiété.

M. Beauny. — Une cause de « sulfamido-résistance » : la retraite du gonocoque dans les glandes de l'urètre antérieur de l'homme. Son traitement par l'électro-coagulation.

M. Bizord. — Une nouvelle méthode d'expérimentation : laparoscopie ou péritonéoscopie.

M. Alexandre. — Sur un cas de lipome embryonnaire.

M. Herry. — Etude comparée des effets de trois corps à fonction cholinergique à propos de deux cas d'artérite sénile.

M. Winter. — Les pleurésies exsudatives.

M. Labib. — La mortalité infantile de première année.

31 *mai.* — Mme Descamps. — Traitement de la syphilis primaire et secondaire par les arsenoxydes français.

Mlle Périchon. — La primo-infection tuberculeuse tardive. Evolution et pronostic.

1er *juin.* — M. Moullec. — Quelques agents cliniques de fièvre typhoïde chez des malades observés au cours des quinze dernières années.

M. Dormoy. — Projet d'organisation de la prophylaxie et du traitement de la carie dentaire chez l'enfant.

M. Caron. — Sur deux cas de bruit de galop au cours d'anémies post-hémorragiques.

M. Hehn. — L'ascaridiose hépatobiliaire.

Mlle Koo. — Recherches sur différents tests permettant d'apprécier l'activité des produits anti-anémiques.

M. Senninger. — La diphtérie maligne.

5 *juin.* — M. Bizard. — Etude d'un cas de sclérose.

M. Camberlein. — De l'hystéroscopie cervicale.

6 *juin.* — Mlle Bouvier. — De l'anémie pernicieuse.

Mlle Gereter. — Les fausses dilatations des bronches...

M. Nicaud. — Le traitement de la syphilis récente par la pénicilline.

M. Picot. — L'intoxication par ypérite.

M. Trouillot. — Diagnostic et traitement des pancréatites chroniques gauches.

Mlle Vallin. — De l'accouchement électrique.

M. Monfrais. — Des rétentions placentaires du post-partum.

Mme Granjon-Halt. — Médecine d'usine et soudure autogène.

7 *juin.* — M. Binet. — Du traitement de l'asthme invétéré par les arsenicaux à faibles doses.

M. Delattre. — Sur le traitement des diabétiques tuberculeux au sanatorium de Brévannes.

M. Tros. — Du pneumothorax spontané bilatéral.

M. Corroller. — Sur l'état sanitaire au point de vue paratyphoïdique d'une grande ville privée de distribution d'eau pendant 10 mois.

M. Montel. — Etude clinique comparée de la sensibilité profonde dans les tabes, les syndromes neuro-anémiques et certains cas de pseudo-tabes polynévritiques.

12 *juin.* — M. Queinnec. — Hernies diaphragmatiques congénitales.

M. Stecens. — Etiologie et pathologie comparée des principales salmonelloses animales.

13 *juin.* — M. Chauvel. — Contribution à l'étude médicale et sociale de la délinquance juvénile.

M. Hervé. — De deux cas d'ostéite métastatique à staphylocoques du temporal.

M. Le Cleach. — De trente-neuf cas d'albuminurie au cours de l'accouchement.

M. Romé. — A propos de 693 cas d'accouchements prématurés.

M. Vignol. — La cholecystostomie dans la lithiase biliaire.

Mlle Baci — Action de la sulfaguanidine dans les diarrhées du nourrisson et de l'enfant.

14 *juin.* — M. Leveau. — La lombo-sciatique par hernie discale.

M. Pluvinage. — Malformations et tumeurs vasculaires du cerveau.

M. Bertrand. — Action des rayons X sur les dents.

M. Choubrac. — Sur les aspects de la tuberculose pulmonaire. post-pleurétique : la forme tractonodulaire.

M. Mathey. — Traitement de la bronchite vermineuse des bovins par le formol glycérique allytique.

15 *juin.* — M. Bernard. — La vitamine B1.

M. Winter. — Les pleurésies exsudatives.

M. Perret. — Primo-infections tuberculeuses à porte d'entrée palpébrale.

19 *juin.* — M. Ruelle. — Contribution à l'étude de l'agranulocytose aurique.

M. Ade. — De la sédimentation globulaire et du Vernes résorcine dans le diagnostic et le pronostic de la tuberculose pulmonaire.

M. Katz. — Deux observations d'état bacillaire chronique ayant fait la preuve de leur origine tuberculeuse.

M. Huet. — Sur un cas de pseudo-hermaphrodisme androgynoïde régulier ou vulvifère.

M. Baldy. — De la gangrène spontanée foudroyante des organes génitaux de la femme.

20 *juin.* — M. Dugué. — A propos de la distomatose hépatique.

M. Lévy. — Les comas barbituriques prolongés et compliqués.

M. Zarachovitch. — Contribution à l'étude des sulfamides. Traitement de 69 cas de pneumopathies dans un camp de prisonniers.

M. Rosenfeld. — De la sous-alimentation sous l'occupation allemande de 1940 à 1944.

M. Daveluy. — De la sulfamidothérapie chez les malades porteurs de lésions rénales.

Mme Mowszowicz-Mieczyk. — Erysipèle de l'enfant et du nourrisson.

M. MICHOLET. — De dix colectomies « idéales » en un temps.
M. BASTIN. — Des hypotonies musculaires de la première enfance.
M. SOURICE. — Le cancer primitif pleuro-pulmonaire chez l'enfant.
M. PINIERI. — Action des antihistaminiques de synthèse sur l'hypersécrétion gastrique histaminique chez l'homme.
M. LEGRAND. — De 22 cas d'enclouage extra-articulaire du col du fémur.
M. ROUJEAU. — Technique et résultats actuels du traitement des épithéliomas du sein.
M. MONFRAIS. — Des rétentions placentaires du post-partum.
M. PERRET. — Des facteurs de gravité des interventions manuelles intra-utérines.
M. BUET. — Contribution à l'étude de la goutte à propos d'une observation.
M. BOUSREZ. — Du traitement des infections puerpérales graves.
Mme TREPS. — La carotinodermie, syndrome d'accumulation et de surcharge.
M. CHAZERAND. — Les injections intra-veineuses de novocaïne.
M. PINEL. — Vitamines A, C, D, F, PP et système nerveux.
M. LEES. — Sur un cas de syndrome de B... avec fragilité globulaire.
21 *juin*. — M. GRANDJEAN. — Le kyste séreux supra-sellaire.
M. MAILLARD-AUVRAY. — Encéphalites pseudo-tumorales à gros cerveaux lourds et petits ventricules.
M. MASSON. — Des principales indications de l'électro-choc dans la thérapeutique des maladies mentales.
M. PIEDNOIR. — La novocaïne intra-veineuse.
Mme PAVIOT DE BARLE. — Sur la piste du pithécanthrope.
M. VIGNEL. — Cellulite et douleurs thoraco-brachiales gauches.
M. ROUJEAU. — Sur les épithéliomas du sillon sous-mammaire.
M. LACROIX. — Du mégaœsophage.
M. JOINVILLE. — Du traitement chirurgical de l'hémorragie cérébrale.
M. HENROT. — Des abcès otitiques des hémisphères cérébraux.
Mme CLEN. — L'aspiration du cavum chez les nourrissons.
M. ROUZEAU. — De la césarienne vaginale.
M. GAUDIN. — De l'iléus spasmodique primitif du grêle.
M. COLOMBEL. — Des fractures isolées de l'extrémité supérieure du radius.
M. XAU. — Considérations sur la sieste.
M. MAUMY. — Médecine et captivité.

NOTES POUR L'INTERNAT

NERF RÉCURRENT

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

Le nerf récurrent, ou *laryngé inférieur*, se détache du tronc du X, à droite, au niveau du bord inférieur de la sous-clavière, à gauche au niveau du bord inférieur de la crosse de l'aorte. Les deux récurrents, après avoir formé chacun une crosse autour de l'artère correspondante, remontent le long de la trachée, disparaissent sous le constricteur inférieur du pharynx et pénètrent dans le larynx juste en arrière de la corne inférieure du cartilage thyroïde.

Les deux récurrents possèdent une distribution analogue, ils ne diffèrent que par leur longueur et leurs rapports. Cette inégalité s'explique par l'*embryologie*. Primitivement, les deux récurrents dessinent leur crosse au même niveau, sous le sixième arc aortique. A droite, le cinquième arc aortique disparaît, le sixième ne persiste que dans la partie la plus interne (pour donner la branche de bifurcation droite de l'artère pulmonaire) : le récurrent décrit donc sa crosse sous le quatrième arc, représenté chez l'adulte par la sous-clavière. A gauche, le cinquième arc disparaît aussi, mais le sixième arc persiste entièrement pour donner la branche gauche de l'artère pulmonaire et le canal artériel, futur ligament artériel; le quatrième arc donne la portion horizontale de la crosse de l'aorte. Le récurrent gauche reste bridé par la partie externe du sixième arc, son origine devient thoracique, sa crosse embrasse dans sa concavité le ligament artériel.

I. — NERF RÉCURRENT DROIT

Après avoir contourné la sous-clavière juste en dedans de l'origine de l'artère vertébrale, le nerf récurrent droit se porte en haut et en dedans, vers le bord droit de la trachée, en passant derrière le paquet carotidien. Il ne pénètre dans la gaine viscérale que très tard, derrière le pôle inférieur du corps thyroïde.

a) *Au niveau de son anse*, il répond :

1° en haut, à la sous-clavière, directement, sans interposition d'une formation fibreuse;

2° en bas, au versant antérieur du dôme pleural, rapport expliquant la possibilité de paralysie récurrentielle par pachypleurite;

3° en dedans, à la bifurcation du tronc artériel bracchio-céphalique, toute proche;

4° en dehors, à l'anse sympathique de Vieussens, et plus loin, au phrénique.

Dans l'anse du récurrent s'insinue le nerf cardiaque inférieur droit.

b) Dans son *segment sous-thyroïdien*, il répond :

1° en avant, à la carotide primitive;

2° en dedans, à la trachée, dont il se rapproche;

3° en arrière, au cordon du sympathique, et à l'artère vertébrale qui recouvre le ganglion étoilé;

4° en dehors, au segment initial, ascendant, de l'artère thyroïdienne inférieure.

c) Dans son *trajet rétro-glandulaire*, il répond :

1° en avant, à la face postérieure du lobe latéral, avec laquelle le nerf affecte les rapports les plus intimes sur toute sa hauteur : de solides tractus fibreux solidarisent récurrent et corps thyroïde;

2° en dedans, à la face droite de la trachée, tout près de son bord postérieur;

3° en dehors, il est en rapport avec la terminaison de l'artère thyroïdienne inférieure et avec les parathyroïdes.

— Les *rapports avec la thyroïdienne inférieure* et surtout avec ses branches de division sont décrits de façon différente suivant les auteurs, les variations individuelles sont nombreuses. Le plus souvent le récurrent est *croisé en arrière* par le tronc de l'artère : rarement, il s'insinue entre ses branches de division.

— Les *rapports avec les parathyroïdes* sont, eux aussi, sujets à de nombreuses variations individuelles. Schématiquement, le récurrent reste assez loin des parathyroïdes inférieures, situées au voisinage du pôle inférieur du lobe latéral, parfois au dessous de

Dans la ligature de l'artère thyroïdienne inférieure, il suffit de poser la pince aussi loin que possible de la glande, sur le tronc même de l'artère, pour éviter à coup sûr le récurrent.

Dans la chirurgie de l'œsophage, il faut se souvenir que le récurrent droit longe exactement le bord droit du conduit. Le gauche est pré-œsophagien, loin du bord gauche de l'organe, nettement antérieur, plus facile à voir et à éviter.

BRANCHES COLLATÉRALES

a) Les récurrents reçoivent constamment une ou plusieurs anastomoses venues du plexus pharyngien et surtout du ganglion étoilé : cette dernière représente une véritable racine sympathique du récurrent.

b) Les récurrents donnent constamment un certain nombre de branches viscérales :

1° les *nerfs cardiaques moyens*, qui naissent d'un côté comme dans l'autre au niveau de l'anse récurrentielle, et gagnent le plexus cardiaque par un trajet court à gauche, long à droite;

2° des *nerfs œsophagiens*, transversaux et parallèles, sans anastomoses entre eux, réalisant une innervation segmentaire, en clavier, du conduit. Les uns sont destinés à la muqueuse, les autres à la tunique musculeuse. Le récurrent droit innerve l'œsophage cervical, le gauche tout l'œsophage sus-bronchique;

3° des *nerfs pour la trachée*, musculaires, sensitifs et sécrétoires;

4° un filet inconstant pour le corps thyroïde.

c) Le récurrent donnerait enfin parfois une anastomose au nerf cardiaque supérieur, un filet au constricteur inférieur du pharynx.

BRANCHES TERMINALES

Rigoureusement symétriques, elles sont au nombre de trois :

1° une branche externe, destinée aux muscles *constricteurs* de la glotte,

crico-aryténoïdien latéral,

thyro-aryténoïdien,

qu'elle aborde par leur face superficielle;

2° une branche postérieure, destinée aux muscles *dilatateurs* de la glotte,

crico-aryténoïdien postérieur,

inter-aryténoïdien,

qu'elle aborde en général par leur face profonde;

3° une *anastomose avec le laryngé supérieur*, parfois dédoublée, qui remonte en arrière du larynx, entre muqueuse et muscles ou entre muscles et cartilages, pour former l'*anse de Galien*. De cette anse peuvent partir quelques filets pour l'inter-aryténoïdien.

Pour certains auteurs, la distribution de ces branches terminales n'est pas strictement unilatérale, chaque récurrent enverrait quelques fibres aux muscles du larynx du côté opposé.

Physiologie

Il est classique de dire que le nerf récurrent est le nerf moteur de l'hémi-larynx correspondant. Cette définition est juste, mais n'est pas suffisante : nous savons actuellement que le récurrent est un des nerfs les plus complexes de l'économie.

a) *Filets moteurs :*

Les filets moteurs sont, évidemment, de beaucoup les plus importants. Leur *origine* a donné lieu à bien des controverses : les centres moteurs bulbaires du larynx se trouvent dans le *noyau ambigu*, ou noyau moteur ventral du vague; de là les fibres laryngées suivent, pour les uns, le trajet du pneumogastrique, pour d'autres celui du spinal bulbaire pour ne rejoindre le pneumogastrique qu'au niveau du ganglion plexiforme. Ce problème, de grande importance doctrinale, reste en suspens : il est probable que beaucoup de fibres récurrentielles, sinon toutes, empruntent le trajet du spinal bulbaire, puis du tronc du spinal, et enfin de sa branche de bifurcation interne.

La *distribution* de ces filets moteurs dans le larynx a pu aussi prêter à discussion. Pratiquement, elle est unilatérale. Toutefois on a soutenu la possibilité de filets destinés au côté opposé.
lui, à une distance de 15 à 20 millimètres en dehors du nerf. En revanche, le récurrent longe souvent de près les parathyroïdes supérieures, plus petites, situées à mi-hauteur de la face postérieure du lobe latéral.

d) Dans son *segment terminal*, le récurrent répond à l'espace limité :

1° en dedans, par le chaton cricoïdien;

2° en dehors, par le cartilage thyroïde, juste en dedans de sa corne inférieure;

3° en arrière, par la muqueuse de la gouttière pharyngolaryngée.

II. — Nerf récurrent gauche

Le nerf récurrent gauche contourne la face inférieure de la crosse de l'aorte, mais il en est séparé par la partie haute du ligament artériel, disposition expliquée embryologiquement. Il monte ensuite dans l'angle dièdre œsophago-trachéal, inclus d'emblée dans la gaîne viscérale, et se termine de manière analogue au récurrent droit.

a) Au *niveau de la crosse*, il répond :

1° en haut, au ligament artériel, et à la face inférieure de la crosse de l'aorte, des adhérences intimes fixent le nerf à ces deux organes;

2° à droite, aux ganglions inter-trachéo-bronchiques, au plexus cardiaque avec le volumineux ganglion de Wrisberg;

3° à gauche, aux ganglions pré-bronchiques gauches, et, sur un plan un peu inférieur, au péricarde, dans la zone qui recouvre l'oreillette droite;

4° en bas, aux fibres du ligament vertébro-péricardique.

b) En arrière de la crosse, le nerf s'insinue dans un défilé limité :

1° en avant, par l'aorte, au niveau du pied de la carotide;

2° en dedans, par la trachée, et la naissance de la bronche gauche; entre trachée et aorte, bourse séreuse de Calori;

3° en dehors, par l'œsophage, uni à l'aorte par des tractus fibreux.

C'est dans ce trajet initial au dessous, puis en arrière de la crosse de l'aorte, que le récurrent gauche est le plus exposé aux irritations par les médiastinites, aux compressions par les tumeurs et adénopathies de la région.

c) Dans le *dièdre œsophago-trachéal* le nerf est accompagné par une chaîne ganglionnaire. Ses rapports sont à considérer dans deux étages, sous et rétro-glandulaire :

1° dans son *segment sous-glandulaire*, le récurrent gauche répond :

— en avant, à la carotide primitive gauche, latéro-trachéale;

— en dehors, à la sous-clavière, latéro-œsophagienne, qui masque le canal thoracique. Il est croisé perpendiculairement par la veine intercostale supérieure gauche, qui chemine horizontalement d'arrière en avant sur la plèvre médiastine. Entre carotide et sous-clavière se croisent en X le pneumogastrique et le phrénique, ainsi que les nerfs cardiaques gauches;

2° dans son *segment rétro-glandulaire*, les rapports sont les mêmes qu'à droite. Toutefois, le nerf étant profondément maintenu dans l'angle entre trachée et œsophage, il n'a presque jamais de rapports avec le tronc de la thyroïdienne inférieure; il passe presque toujours derrière ses branches de division.

d) Les rapports intra-laryngés sont les mêmes qu'à droite.

Rapports chirurgicaux des deux nerfs

Les récurrents, dont on connaît l'extrême fragilité, sont la préoccupation essentielle dans toutes les interventions sur les viscères du cou.

Dans la chirurgie du corps thyroïde, on ne doit jamais les découvrir. Il suffit pour cela de toujours respecter une lame glandulaire épaisse de 5 à 10 millimètres au niveau de la partie postérieure des lobes : on évite ainsi à la fois les récurrents et les parathyroïdes. Toutefois, s'il est rare de blesser les récurrents, il est fréquent de les élonger en exerçant une traction sur le lobe latéral, auquel le nerf adhère fortement.

Un fait est remarquable : la réunion dans un même tronc nerveux de fibres destinées à des muscles antagonistes. Comme nous l'avons vu, en effet, c'est seulement à l'intérieur même du larynx que les fibres destinées aux constricteurs de la glotte se séparent macroscopiquement de celles qui sont destinées aux dilatateurs. Et pourtant, à l'intérieur même du tronc du nerf, il existe une discrimination certaine entre ces deux groupes de fibres : toutes les paralysies des dilatateurs ne sont pas fatalement d'origine bulbaire. Certains auteurs ont même admis une fragilité plus grande des fibres dilatatrices à l'égard des agents traumatiques ou infectieux.

Ajoutons enfin que le récurrent n'est pas le seul nerf moteur du larynx. Le laryngé supérieur, en effet, innerve le crico-thyroïdien, muscle tenseur de la corde. Pour Exner, le laryngé supérieur enverrait même des filets moteurs à tous les autres muscles laryngés : ceci reste du domaine des hypothèses.

b) *Filets sensitifs :*

Le récurrent donne des nerfs à la trachée et à l'œsophage, parmi lesquels se trouvent des filets sensitifs. Intervient-il aussi dans l'innervation sensitive du larynx, surtout de la sous-glotte, quelle est la signification exacte de l'anse de Galien, ceci demeure incertain.

c) *Filets sympathiques :*

Nous savons aujourd'hui que le récurrent est richement doté de filets amyéliniques : il en posséderait presque autant que le laryngé supérieur. Ces filets proviennent de la chaîne sympathique cervicale, par l'intermédiaire des anastomoses que le récurrent reçoit du plexus pharyngien et du ganglion étoilé. Il existe en outre, sur le trajet du tronc du récurrent, quelques petites formations ganglionnaires autonomes. Ces filets sympathiques régissent la vaso-motricité de la trachée et du larynx, et interviennent dans le tonus de la corde vocale.

En conclusion, le récurrent est avant tout un nerf moteur. Mais il renferme des fibres sensitives et surtout sympathiques de grande importance physiologique.

P.-L. Klotz (janvier 1945).

INTERETS PROFESSIONNELS

Conseil Régional des Médecins
(Région de Paris)

Dans sa séance du 10 juin 1945, le Conseil Régional des Médecins a examiné les dossiers de 14 médecins de la région parisienne inculpés d'abus dans la délivrance de certificats de suralimentation.

Le Conseil a décidé que pour 4 de ces médecins il n'y avait pas lieu de prononcer de sanction.

Il a été prononcé pour les 10 autres médecins des peines allant de l'avertissement en Chambre du Conseil à l'interdiction de l'exercice de la profession pour une période de 6 mois.

Au cours de sa séance du 24 juin 1945 un médecin condamné pour les mêmes infractions s'est entendu confirmer une peine infligée précédemment avec une aggravation portant ainsi la suppression du droit d'exercer à une durée de 15 mois.

Au cours de sa séance du 24 juin 1945 le Conseil Régional des Médecins a émis le vœu suivant qui a été transmis à Monsieur le Ministre de la Santé :

Constate :

— Que malgré la libération de la France et la cessation des réquisitions allemandes, la ration alimentaire de la population demeure notoirement insuffisante, qu'elle s'est accompagnée cet hiver, pour la première fois, d'un manque total de chauffage, qu'il est possible qu'il en soit de même l'hiver prochain ;

— Qu'ainsi cette population se trouve obligée :

— soit de recourir au « marché noir » quand ses moyens de fortune le lui permettent ;
— soit de recevoir des colis familiaux quand cela lui est possible, ce qui n'est pas le cas pour tous ;
— soit de demander aux médecins des certificats de suralimentation.

Faute de quoi elle est réduite à la famine.

Situation d'autant plus tragique que l'on peut lui opposer une classe de privilégiés groupant près d'un million d'individus dans la seule région parisienne, se nourrissant en effet dans les cantines, mess, coopératives, ou restaurants affiliés à certains groupements.

Devant un tel état, le Conseil Régional des Médecins estime que son rôle serait grandement facilité par une égalité dans les rations alimentaires, exception faite pour les enfants J 3, les femmes enceintes, mères nourrices, régime de malades et régime des travailleurs de force, prisonniers et déportés.

Conseil supérieur

Les œuvres de solidarité du Corps médical

Jusqu'ici plus de dix millions de secours immédiats ont été distribués par les médecins à leurs confrères malheureux. Ce n'est pas suffisant. Médecins rapatriés, prisonniers ou déportés (plus de 1.200), médecins sinistrés totaux (800), veuves de confrères disparus sous les bombardements ou fusillés par les Allemands ou les miliciens (nous avons connaissance de 152 confrères disparus et de 116 fusillés, il faut s'attendre à plus de 500 orphelins) ; trop d'entre eux sont dans une détresse qui, bien souvent, se cache et que le Corps médical doit et veut soulager.

Devant des misères de plus en plus nombreuses qui lui sont signalées, certain d'être l'interprète de la pensée de tous les médecins, le Conseil Supérieur qui déjà réserve à la solidarité la moitié de la cotisation réclamée par lui (125 fr. sur 250 fr.) dans sa deuxième session du 26 mai 1945, a décidé pour amplifier l'action des œuvres d'entr'aide et coordonner les efforts faits jusqu'à présent par la Commission de Protection des Intérêts des Médecins prisonniers et la Commission nationale de secours aux médecins sinistrés, de créer un organisme financier unique : « La Caisse nationale de solidarité du Corps médical en faveur des médecins et de leur famille victimes de la guerre », caisse dotée de toute la garantie légale.

A cette caisse, il faut d'abord faire connaître toutes les détresses ; que tous les médecins concourent à cette œuvre confraternelle en signalant avec précision :

Au Dr Jacques Grasset, 5, boulevard du Montparnasse, Paris (6e), Ségur 96-81, les prisonniers rapatriés ;

Au Dr Jean Benassy, 58, rue de Monceau Paris (8e), Laborde 00-06, les déportés rapatriés ;

Au Dr Oberlin, 121, boulevard Saint-Germain, Paris (6e), Danton 85-86, toutes les autres infortunes.

Que d'autre part, les médecins qui ont des instruments, des vêtements, des meubles disponibles les signalent ; que ceux qui peuvent accueillir chez eux des enfants anémiés, des confrères rapatriés ayant besoin d'air pur et d'une nourriture reconstituante se fassent connaître, que les ménages sans enfant songent à adopter des orphelins de père et de mère, etc.

Enfin, que les médecins soient infiniment généreux.

La Caisse nationale de solidarité a pour but essentiel :

1° De continuer l'aide financière immédiate aux médecins sinistrés totaux (en particulier ceux des départements de l'Est et des poches de l'Atlantique non encore secourus), ainsi qu'aux médecins rapatriés et de permettre en particulier à nos confrères déportés, qui nous reviennent trop souvent avec une santé ruinée, de réparer celle-ci ;

2° De prendre en charge, lorsque celle-ci sera trop lourde pour leur famille, l'éducation des orphelins, en sorte qu'ils puissent accéder à la carrière que leur père, s'il eut vécu, eut souhaité voir embrasser.

Aussi le Conseil supérieur demande-t-il instamment à tous les médecins que la guerre a épargnés de lui envoyer d'urgence pour 1945 :

a) Pour les rapatriés et sinistrés une cotisation de 200 francs ;

b) Pour l'Œuvre des Orphelins, une cotisation de 700 francs renouvelable annuellement.

La Caisse nationale de solidarité voudrait également aider les médecins dont l'installation professionnelle a été détruite par faits de guerre et qui n'ont pas encore repris leur activité, a réexercer leur profession.

Dans ce but des prêts d'honneur pourraient être remis aux confrères qui s'engageraient à les rembourser à la Caisse selon un échelonnement allant de 5 à 10 ans suivant l'importance du prêt.

Pour que cette forme d'entr'aide soit efficace, il faudrait que chaque médecin épargné par la guerre avançât une somme remboursable qui devrait atteindre au moins 5.000 francs.

Au fur et à mesure des remboursements des prêts d'honneur, par les soins de la Caisse de solidarité, les sommes récupérées feraient retour à ceux qui les auraient avancées.

Le Conseil supérieur estime que les cotisations pour les rapatriés et sinistrés, ainsi que pour l'Œuvre des Orphelins ont, du point de vue moral, un caractère obligatoire. Pour les prêts d'honneur il s'en remet à la libéralité du Corps médical.

Dans l'un et l'autre cas que les confrères favorisés par la fortune, continuent ainsi qu'ils l'ont déjà fait, de n'écouter que leur générosité et adressent des dons supplémentaires permettant de pallier toutes les détresses.

Toutes les sommes doivent être adressées au compte courant postal : Paris 871-34 au nom de la Caisse nationale de secours aux médecins sinistrés (car nous avons été obligés de garder ce numéro de compte courant postal et la même suscription) en précisant, s'il y a lieu, la destination des fonds (sinistrés, orphelins).

Le Conseil supérieur soulignant encore une fois l'urgence de son appel, est certain que le Corps médical, dans un élan unanime, parachèvera l'œuvre de solidarité si bien commencée. (Communiqué).

INFORMATIONS

(Suite de la page 218)

Cours de technique et de diagnostic. — Le prof. Roger Leroux, assisté du Dr F. Busser, chef des travaux pratiques, commencera ce cours le lundi 2 juillet 1945, à 15 heures, au laboratoire d'anatomie pathologieque, et le continuera tous les jours de semaine, sauf le samedi, à la même heure.

Ce cours comprendra dix-huit séances consacrées d'une part à des exposés de technique courante ; d'autre part à la lecture de coupes avec discussion des diagnostics ; les coupes qui seront fournies par le laboratoire resteront la propriété des élèves.

Droits d'inscription : 100 francs. — Le nombre de places est limité.

Les inscriptions sont reçues dès maintenant par le secrétariat de la Faculté de Médecine, guichet 4, tous les matins, de 10 h. à midi et les lundis, mercredis et vendredis de 14 heures à 16 heures, sur présentation d'une autorisation délivrée par le Dr Busser, chef des travaux (laboratoire d'anatomie pathologique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, escalier B, 3e étage), tous les jours ouvrables, de 15 heures à 17 heures.

CHRONIQUE

Centième anniversaire de la naissance de Metchnikoff

L'Institut Pasteur a célébré le 3 juillet 1945, dans son grand amphithéâtre, le centième anniversaire de la naissance d'Elie Metchnikoff.

La cérémonie, de caractère intime, avait néanmoins réuni une assemblée très importante, l'amphithéâtre était comble.

M. François Billoux, ministre de la Santé publique présidait, ayant à ses côtés M. Honnorat, ancien ministre de la Santé publique, M. Tréfouël, directeur de l'Institut Pasteur, M. Noël Bernard, sous-directeur, M. le Prof. Hyacinthe Vincent, ancien président de l'Académie des Sciences. M. Lacroix, secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences. S. Exc. M. Bogomolow, ambassadeur de l'U.R.S.S. s'était fait représenter ainsi que les ambassadeurs des nations alliées.

Dans l'hémicycle on notait la présence de M. Caullery, président de l'Académie des Sciences, du médecin général inspecteur Jame, du médecin général de 1re classe Le Chuitton, directeur du service central de Santé de la Marine, du médecin colonel Debenedetti, directeur général du Prof. Léon Binet, représentant M. le doyen.

Dans les premiers rangs nous apercevons encore MM. les Prof. Carnot, Debré, Fernand Bezançon, Lemierre, Brindeau, Vernes, Gabriel Bertrand, Bougault, Justin Jolly, M. Urbain, directeur du Muséum, le médecin général Mathis, MM. Basset, Fredet, Rist, Veau, M. le doyen Damiens de la Faculté de Pharmacie, MM. Martel, Levaditi, Perrot...

M. Honnorat prend le premier la parole pour saluer le ministre de la Santé et les représentants des nations alliées.

M. Tréfouël, directeur de l'Institut Pasteur, dans un remarquable discours, retrace la vie laborieuse du grand savant.

Metchnikoff était né en petite Russie, près de Karkow. Il était le 4e enfant d'une famille laborieuse. Son goût pour l'histoire naturelle et plus tard, son admiration pour le génie de Pasteur le dirigèrent vers la médecine, puis vers la bactériologie et la biologie.

Grâce à la projection de nombreuses photographies dont quelques-unes assez anciennes, M. Tréfouël fait littéralement revivre Metchnikoff. Dans un saisissant raccourci il montre l'enchaînement des travaux qui conduisirent le savant, de l'étude de l'inflammation à ses recherches sur l'immunité et à la découverte de la phagocytose dont le célèbre film de M. Comandon nous donne ensuite une inoubliable démonstration. M. Tréfouël rappelle aussi les mémorables recherches de Metchnikoff dans tous les chapitres de la pathologie des maladies infectieuses.

Metchnikoff qui avait succédé à Duclaux comme sous-directeur de l'Institut, ne quitta jamais la grande maison de Pasteur. C'est à l'hôpital Pasteur qu'il s'éteignit en 1916, entouré des soins de Widal, de Louis Martin et de Darré.

Les souvenirs pieusement réunis par Madame Metchnikoff, de nombreuses photographies de son mari à tous les âges et surtout à sa table de travail, tous les détails enfin que rapporte M. Tréfouël, donnent bien à sa belle conférence le caractère d'intimité et de recueillement qui convenait à cette cérémonie.

M. François Billoux, ministre de la Santé publique, rend à son tour hommage à la mémoire de Metchnikoff et à l'Institut Pasteur gardien des nobles traditions léguées par son fondateur.

Le ministre annonce que le gouvernement a décidé de faire célébrer cette année, avec une particulière solennité, le soixantième anniversaire de la mort de Pasteur, à Paris, à Arbois et dans toute la France. Ainsi, une fois de plus le grand nom de Pasteur viendra aider au rayonnement de la France.

F. L. S.

Le centenaire de la naissance de Laveran

Au moment où ce numéro est mis sous presse on célèbre, au grand amphithéâtre de la Sorbonne, le centenaire de la naissance d'Alphonse Laveran, le génial médecin militaire français à qui on doit la découverte de l'hématozoaire du paludisme.

Charles-Louis-Alphonse Laveran, naquit à Paris le 18 juin 1845. Il était le fils d'un médecin inspecteur de l'Armée. Après avoir fait ses études médicales à Strasbourg, Alphonse Laveran entra dans la médecine militaire, fut agrégé puis professeur au Val-de-Grâce, chef de service à l'Institut Pasteur, membre et président de l'Académie de Médecine en 1920. Correspondant de l'Académie des Sciences dès 1895, il en devint membre titulaire en 1901. Le prix Nobel de Médecine lui avait été décerné en 1907.

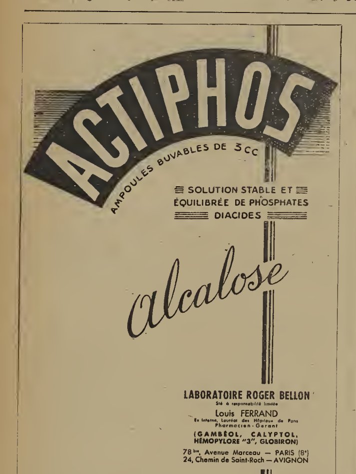
Laveran mourut à Paris le 18 mars 1922.

C'est en 1878, à l'hôpital militaire de Bône que Laveran entreprit ses patientes recherches sur le parasite du paludisme. C'est dans ce même hôpital de Bône qu'un autre médecin militaire, Maillot, avait démontré en 1832 l'efficacité du traitement du paludisme par la quinine.

En 1880, à l'hôpital militaire de Constantine, Laveran établit l'existence de l'hématozoaire du paludisme et décrivit ses formes. De même que Maillot avait dû lutter longtemps pour faire accepter le traitement par la quinine, Laveran eut à soutenir de longues luttes, notamment au mémorable Congrès de Buda-Pesth en 1894.

En 1895 seulement, on rendit enfin pleine justice à Laveran. N'oublions jamais que c'est grâce à des hommes comme Laveran et comme Maillot que la France a pu fonder son empire de l'Afrique du Nord.

F. L. S.







Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe) Dépôt légal. — 1945. — 3e Trimestre. — N° 1. — Le Gérant : F. Le Sourd.

N° 15. — 1er AOUT 1945 118e ANNEE Ce numéro : 4 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) • Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 100 fr. Etudiants, 50 fr. ; Etranger, 150 et 180 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

La reprise des concours hospitaliers

M. Billoux, ministre de la Santé publique, a exposé au Conseil des ministres la situation actuelle du personnel des hôpitaux. Le Conseil a décidé que les concours de l'externat et de l'internat, ainsi que celui des médecins des hôpitaux, seront rouverts à bref délai.

L'Assemblée générale de l'Association générale des Médecins de France

Cette réunion a eu lieu le dimanche 22 juillet, à Paris, sous la présidence du Dr Le Lorier, vice-président, remplaçant le président, M. le doyen Baudouin, en mission en Amérique. Nous rendrons compte des travaux de cette importante assemblée dans notre prochain numéro.

Santé publique

La lutte antivénérienne dans les prisons. — Le J. O. du 19 juillet publie l'ordonnance n° 45-1584, du 18 juillet 1945, relative à la lutte antivénérienne dans les prisons. « L'examen et le traitement prévus par les dispositions en vigueur concernant la prophylaxie des maladies vénériennes sont obligatoires pour tous les détenus. Les prévenus ne sont soumis à cette obligation que si l'autorité sanitaire et l'administration pénitentiaire les considèrent en raison de présomptions graves, précises et concordantes, atteints d'une maladie vénérienne. »

La préservation des intérêts des praticiens prisonniers, déportés requis ou mobilisés

Le J. O. du 19 juillet publie l'ordonnance n° 45-1585, du 18 juillet 1945, relative à la préservation des intérêts des praticiens et élargissant la protection accordée par les textes précédents.

Cette protection n'est subordonnée qu'au désir de l'intéressé ; elle s'étend non seulement aux praticiens prisonniers, mais aussi aux déportés, aux appelés ou engagés dans les armées françaises ou alliées, ou encore requis hors de leur résidence. Elle s'applique non seulement aux médecins, mais aux dentistes et aux sages-femmes.

Le bénéfice des nouvelles dispositions est accordé aux intéressés quelle qu'ait été l'époque ou la durée de leur éloignement.

Médecins consultants régionaux de pédiatrie

Par décret, en date du 7 juillet 1945 (J. O. du 10 juillet), un médecin consultant de pédiatrie est chargé, dans chaque région sanitaire, d'animer, de coordonner et de contrôler les mesures prises pour la protection de la maternité et de la première enfance.

Il est nommé par le ministre de la santé publique sur la proposition de la commission « Maternité et enfance » du Conseil permanent d'hygiène sociale et choisi parmi les médecins pédiatres particulièrement compétents et qualifiés par leurs titres et travaux scientifiques.

Directeurs régionaux

M. le Dr Petit, de Grenoble, est affecté à Limoges en remplacement de M. le docteur Hazemann, muté à Grenoble.

Centre régional d'éducation sanitaire de Reims

M. le Dr Raymond Lefèvre, professeur à l'Ecole de médecine de Reims, est nommé directeur du centre régional d'éducation sanitaire de Reims.

Inspection de la Santé

M. le Dr Payri est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la santé des Pyrénées-Orientales.

Le J. O. du 10 juillet publie la liste des médecins inspecteurs adjoints de la santé inscrits sur la liste d'aptitude aux fonctions de médecin inspecteur de la santé pour 1945 : MM. les Drs Abbat, Alsac, Andrieu, Benech, Bellec, Bernard, Mlle Blanc, Mme Camus-Roubert, MM. Cordoliani, Cuisset, Dainville de la Tournelle, Deguirat, Digeon, Favier, Fontroget, Mlle Forgeot, Mme Franchomme, MM. Franchomme, Gautier, Gazet du Chastellier, Gueunier, Giraud, Grill, Gschwind, Guibert, Guiot, Hoffmann, Humann, Jacques, Mme Juillet-Chassary, Mlle Laporte, Mme Leduc, Mlles Legros, Liegeois, M. Maret, Mme Midrouillet, Mlles Mouton, Chapat, MM. Nordmann, Olle, Paimblant (prisonnier), Petit, Phelippeau, Porte, Mlle Pougeoise, MM. Procureur, Quetin, Mlle Regnault, M. Rival, Mlle Roche, MM. Rodallec, Rogez, Mlle Roussy, MM. Sauzet, Serries, Mlle Solente, MM. Spindler, Tendre, de Vaucher, Violet, Mme Witte-Harispe.

Sanatoriums

M. le Dr Thomson, médecin directeur du sanatorium de Plougonven (Finistère), est affecté en la même qualité au sanatorium dép. « la Troubaude » à Dijon.

Mlle le Dr Jamin, médecin directeur du sanatorium nat. de Bullion, est nommé médecin directeur du sanatorium de Plougonven.

Guerre

Ecole du Service de Santé militaire de Lyon

Liste par ordre de mérite des candidats admis ayant opté pour la section Médecine des troupes coloniales :

A. Candidats A.P.M. ou P.C.B. : MM. Blouzon, Jacquemin, Bloede, Nabholtz, Gautier, Durix, Lafaurie, Bution, Bauvit et Guillard.

B. Candidats à 4 inscriptions : MM. Coatnoan, Buovolo, Després, Cave, Lajoinie et Genis.

C. Candidats à 8 inscriptions : MM. Aubert, Schick, Drulhon et Suquet.

D. — Candidats à 12 inscriptions : MM. Delmas, Cayret, Bernasse, Gimbert, Morel, Cloup, Lepoivre et Gilbert (J. O., 20 juillet 1945).

Distinctions honorifiques

Légion d'honneur

GRAND OFFICIER. — M. le Médecin général inspecteur Sicé, du corps de santé coloniale, en mission en Angleterre.

CHEVALIERS. — Dr Brunet, médecin militaire (J. O. 1er juillet 1945).
— Médecin sous-lieutenant Jacques Mereau, Ne D.M.L.

Médaille de la Résistance française

— Le Dr Chrétien, le médecin commandant Henri Du Buit.
— M. le Dr Georges Labrousse.
— Les médecins commandants Jean Bernard (dit Bertin) et André Caillet.
— Les médecins capitaines Louis Wicart (dit D'Arsonval) ; Jean Rougeau ; Pierre-J.-J. Chautemps (dit Froidevaux).
— Le médecin lieutenant René Jany (dit Jean).
— M. Bernard Lacaze (dit Dick Toubib I).
— M. Pierre Vallery-Radot (dit Toubib III).
— Médecin lieutenant-colonel Maurice Labbé.
— La médaille de la Résistance française a été décernée à l'hôpital de Saint-Céré et à l'hôpital de Cahors (J. O., 21 juillet).

Citations à l'Ordre de l'Armée

Médecin commandant Ettori, du Ne régiment de zouaves.
Médecin sous-lieutenant Gabriel Richet, Ne bataillon de choc.
Médecin commandant Stricker, directeur des services d'une armée.

Médaille de l'Aéronautique

M. le Médecin commandant Goeau-Brissonnière, 1er rég. parachutistes.
M. le Médecin commandant Senegas, médecin de l'air.
M. le Dr Langlais, centre de vol à voile.

Ordre de la Santé publique

COMMANDEUR. — M. le Médecin général inspecteur Sicé.
OFFICIER. — Mme le Dr Suzanne Barthes.
CHEVALIER. — M. le Médecin colonel Vignal.

Ordre de la Santé Publique (à titre posthume) :
Chevalier : M. Robert Auvray, étudiant en médecine, à Caen ;
M. André Chambon, interne des hôpitaux à Caen ;
M. le Dr Crouwy, à Solesme ;
M. le Dr Grozieux de Laguerenne, à Champrosay, par Draveil ;
M. le Dr Frantz Léonard, à Rouen ;
M. le Dr Léon Stempowski, au Havre.

Médaille des épidémies

Médaille d'argent : Dr Maurice Pont, à Lyon.
Médaille de bronze : M. le Dr René Doiteau, à Chalonnes-sur-Loire ;
M. Niquet, externe des hôpitaux de Lille.
M. Boucher et M. Gerdil, externes des hôpitaux de Lyon.
M. Pierre Boulard, externe à l'hôpital Claude-Bernard, à Paris.

Hommage au professeur Ch. Aubertin

Les amis, collègues et élèves du professeur Ch. Aubertin, ont l'intention, à l'occasion de son élection à l'Académie de Médecine, de lui offrir une médaille dont l'exécution a été confiée au maître graveur de Hérain.

Tout souscripteur de 300 francs recevra un exemplaire de la médaille.

Les souscriptions sont reçues par M. Georges Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, Paris-6e (C.C.P. 599, Paris).

Hommage au professeur A. Sézary

Les amis et les élèves du prof. A. Sézary, membre de l'Académie de Médecine, ont décidé de lui marquer leur sympathie et leur attachement en lui offrant une médaille dont l'exécution a été confiée au maître graveur Dropsy.

En raison des circonstances, cette médaille lui sera remise dans l'intimité, lors de son départ de l'hôpital Saint-Louis, qui aura lieu à la fin de l'année.

Tout souscripteur pour la somme minima de 300 francs recevra un exemplaire de la médaille.

Les souscriptions sont reçues par M. Georges Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, Paris-6e (C.C.P. 599, Paris).

Médaille du Professeur Pol Bouin

A l'occasion de sa retraite, les élèves et amis du Prof. Bouin (de Strasbourg), désirent lui offrir une médaille. Adresser les souscriptions (250 fr.) à M. Georges Masson, trésorier, 120, bd St-Germain, Paris (4e). Chèq. post. 599, Paris.

Cours

Clinique de la tuberculose (hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres). — Prof. : M. Jean Troisier ; assistants : MM. Bariéty et Brouet, agrégés, médecins des hôpitaux.

Un cours en vue du concours pour le titre de médecin phtisiologue des services publics sera fait du 15 octobre au 24 novembre 1945.

Ce cours s'adresse également aux médecins et aux étudiants désireux de revoir, en un cycle complet, les notions récentes cliniques, thérapeutiques, sociales et administratives concernant la tuberculose. Le matin des stages cliniques avec interprétation de clichés radiographiques seront organisés dans le service. Les leçons auront lieu l'après-midi de 16 h. à 17 h. et de 17 h. à 18 h., à la salle des conférences de la clinique de la tuberculose.

Les droits d'inscription sont de 1.000 fr. Un certain nombre de bourses et de remboursements de droits d'inscription seront accordés par le Comité National de Défense contre la Tuberculose, 68, boulevard Saint-Michel. Les demandes de bourses devront être adressées avant le 30 septembre 1945. Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté de Médecine (guichet n° 4), tous les matins, de 10 h. à midi et les lundis, mercredis, vendredis, de 14 h. à 16 h.

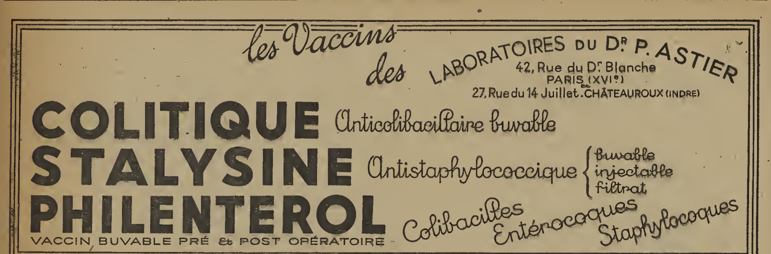
Ce cours sera suivi du 26 novembre au 8 décembre 1945, d'un cours théorique et pratique sur « les méthodes de laboratoire appliquées au diagnostic de la tuberculose ». Les droits d'inscription sont de 1.000 francs. Les inscriptions sont reçues, comme pour le cours précédent, au secrétariat de la Faculté de Médecine. Le nombre des inscriptions sera limité.

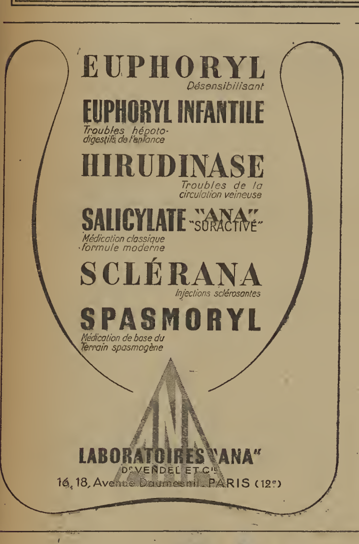
Les droits d'inscription pour l'ensemble les deux cours sont fixés à 1.500 francs.

A propos d'un nouveau traitement de la Tuberculose. — La presse quotidienne a appelé l'attention sur un nouveau traitement de la tuberculose, qui serait particulièrement efficace. Il résulterait de travaux entrepris dans un laboratoire de l'Institut Pasteur.

La Direction de l'Institut Pasteur a le devoir de faire connaître que cette affirmation est au moins prématurée. Elle a pour point de départ des recherches qui n'ont pas encore abouti aux résultats expérimentaux permettant d'envisager l'efficacité d'un tel traitement dans la tuberculose humaine.

La question doit donc être entièrement réservée jusqu'au moment où les techniciens spécialisés du Service de la Tuberculose auront déterminé la portée exacte de l'étude en cours.


les Vaccins des
LABORATOIRES DU Dr P. ASTIER
42, Rue du Dr Blanche
PARIS (XVIe)
et
27, Rue du 14 Juillet. CHÂTEAUROUX (INDRE)
COLITIQUE Anticolibacillaire buvable
STALYSINE Antistaphylococcique buvable injectable filtrat
PHILENTEROL
VACCIN BUVABLE PRÉ & POST OPÉRATOIRE
Colibacilles Entérocoques Staphylocoques


EUPHORYL
Désensibilisant
EUPHORYL INFANTILE
Troubles hépato-digestifs de l'enfance
HIRUDINASE
Troubles de la circulation veineuse
SALICYLATE "ANA" "SURACTIVÉ"
Médication classique formule moderne
SCLÉRANA
Injections sclérosantes
SPASMORYL
Médication de base du Terrain spasmogène
LABORATOIRES "ANA"
Dr VENDEL ET Cie
16, 18, Avenue Daumesnil, PARIS (12e)


VÉGANINE

L'ICTÈRE DE L'ERYTHROBLASTOSE

Par M. Loeper, R. Bouygues et J. Sterboul

L'érythroblastose, bien individualisée par les travaux de Di-Guglielmo et ceux aussi de Prosper-Emile Weil, de Chevallier, de Lemaire, de Mallarmé, est caractérisée par l'apparition dans le sang et les organes hématopoïétiques, d'éléments nucléés de la série rouge, éléments immaturés et parfois atypiques avec gros foie, grosse rate, anémie et évolution fatale.

Ce groupe, où l'on fait entrer actuellement l'ictère grave du nouveau-né, l'anémie du nourrisson, l'anémie ostéoporotique méditerranéenne de Cooley et l'anémie splénomégalique de Hayem-von Jaaksch-Luzet, possède le même substratum hématologique, la même évolution maligne. L'érythroblastose peut donc s'accompagner, suivant les cas, d'anémie, de lésions osseuses, d'ictère (1).

Ce dernier symptôme n'a pas été suffisamment étudié et il mérite de l'être, car sa pathogénie n'est peut-être pas univoque. Nous allons reprendre son étude à la lumière de trois malades observés dans notre service. Voici résumées ces trois observations :

Observ. I (2). — M. G..., 42 ans, chauffeur de poids lourds, exposé à des émanations de benzol. Depuis début de 1938, fatigue marquée et quelques poussées de *jaunisse*. En juillet 1938, œdèmes douloureux. Le malade entre dans le service en août 1938, très fatigué, anémique avec 2.200.000 G. R., avec un certain ictère, de gros œdèmes des bourses, des jambes et de la face et une légère ascite. Pas d'hémorragies pas d'adénopathies.

Foie extrêmement hypertrophié, rate énorme, tous deux lisses, durs, indolores.

Dans les urines, urobiline abondante.

Azotémie normale, 0,38.

Bilirubine sanguine, 50 mg. p. 1.000.

Cholestérol, 0,83 p. 1.000.

Le taux des hématies décroît régulièrement, 2.000.000 jusqu'à 1.078.000 ; celui des leucocytes s'élève au contraire de 4.800 à 9.800.

Le chiffre des érythroblastes du sang est régulièrement croissant de 800 à 7.800 p. mm³, celui de la moelle osseuse est de 38 % de vrais érythroblastes, avec 18 % de proérythroblastes, 29 % de macro-érythroblastes, soit 85 % d'éléments nucléés de la ligne rouge.

Par ailleurs, B. W. négatif. Hémoculture négative. Résistance globulaire à peu près normale (5,6, 3,6).

Pas de signes hémodystrophiques. Signe du lacet négatif. T. S. et T. C. normaux.

La mort survient en janvier 1939 malgré des traitements variés et d'action seulement très fugace.

A l'autopsie, on trouve une légère ascite, un foie volumineux, 2 kg. 800, lisse, ferme sans épaississement de la capsule ; une rate énorme 1 kg. 700, lisse avec périsplénite ; quelques infarctus corticaux. Au microscope, dans l'un et l'autre, une forte réaction érythroblastique sur laquelle nous reviendrons.

Obser. II. — Mme M..., 77 ans, sans profession, entre dans le service le 25 avril 1944, pour un *ictère* généralisé apparu au début d'avril brusquement, mais précédé de quelques troubles digestifs, nausées, constipation et diarrhée avec selles décolorées, urines foncées, prurit.

L'évolution est indolore et apyrétique.

Le foie est gros, la rate également.

On pense à un ictère catarrhal banal, puis devant la persistance de l'ictère et l'amaigrissement, à un néo du pancréas ou du hile secondaire à une intervention sur l'utérus en 1935.

L'examen du sang modifie ce diagnostic. Il y a en effet une anémie extrême : un taux de G. R. à 1.920.000, G. B., 5.400. Poly., 77, Lympho., 3, Monocytes, 20.

T. S. prolongé. Hémolyse, 5,2, 4,8.

Mais dans le sang des hématies nucléées (5 %) ; dans la moelle osseuse, une érythroblastose intense, de plus de 50 %. Il n'y a pas de cellules cancéreuses.

Cholestérolémie, 1,40, urée, 0,81.

Protides 60 o/oo, sérine, 41, globuline, 19.

La mort survient rapidement dans le coma.

A l'autopsie : gros foie simplement congestif sans néo ; sinus très dilatés où des cellules de Küpffer volumineuses voisinent avec de nombreux érythroblastes. Mêmes éléments rouges dans la rate.

(1) Moulonguet (*Thèse de Paris*, 1944).

(2) Observ. publiée dans les *Annales de Médecine*, T. 46, n° 56, 1939-1940 par Pittaluga, M. Loeper, A. Lemaire et J. Mallarmé.

Observ. III. — Mlle J..., 18 ans, entre dans le service le 26 juin 1944 pour un syndrome ictéro-anémique.

L'affection a débuté il y a quelques mois par de la fatigue, de l'anorexie, quelques palpitations, un léger essoufflement à l'effort.

En mai 1944 apparaît une colite avec douleurs abdominales, vomissements, fièvre durant une dizaine de jours, puis un épisode comateux nécessitant une première hospitalisation, et un examen de sang, indiqué par la pâleur de la malade, montre une anémie à 1.030.000.

Un *ictère* apparaît alors malgré une apparente amélioration clinique, à l'origine duquel nous avons discuté, pour l'écarter, le rôle d'une hépatothérapie discrète et de petites transfusions.

Il persistera jusqu'au 17 juin 1944, date à laquelle la reprise des symptômes précédents nécessite une deuxième hospitalisation.

A l'examen, malade très asthéniée, à la fois très pâle et fortement ictérique, surtout des conjonctives.

A l'auscultation du cœur, bruit de galop, souffle systolique assez rude, qui oriente un instant vers une endocardite.

Le foie est très gros, débordant de deux à trois travers de doigt le rebord costal. Sa surface est lisse, régulière, non douloureuse.

La rate est percutable.

Par ailleurs, rien d'anormal, pas de signes hémorragiques.

Une première numération montre une forte anémie avec G. R., 1.200.000; G. B., 27.500 ; poly., 70 ; lympho., 2 ; myélocytes, 5 ; paramyélocytes, 23 ; et d'autre part, 110 normoblastes et 2 érythroblastes polychromatophiles

L'évolution se fait par poussées ; le chiffre des G. R. remonte à 2.100,000 pour retomber à 1.650.000, celui des érythroblastes reste élevé et oscille entre 112 et 51.

Dans la *moelle osseuse* : poly, 56 ; myélo., 17 ; normoblastes, 131 ; érythroblastes polychromatophiles, 18 et e basophiles, 10.

L'évolution clinique se fait par poussées. Un foyer pulmonaire apparaît le 1er juillet à la base droite, la fièvre monte, l'ictère s'exagère. On continue les petites transfusions, certaines mal supportées et suivies de choc, et l'hépatothérapie.

L'ictère s'atténue, puis reprend, variable d'un jour à l'autre, pour aller en s'accentuant à la période terminale, tandis que l'hépatomégalie régresse légèrement.

Les autres examens paracliniques ont montré des hémorragies multiples dans le fond d'œil, des pigments biliaires dans les urines ; dans le sang : protides, 63,5 o/oo ; sérine, 47,3 ; globuline, 16,2.

Cholestérol, 0,90 puis 1,24 o/oo.

Paracholestérol, 4,37.

Pigments biliaires, 0,25 o/oo, bilirubine Indirecte, 20 mg.

Sels biliaires, 0,020 o/oo.

Urée, 1,08.

Nos examens et ceux du Dr André ont mis en évidence une *auto-agglutination des hématies.*

La résistance globulaire débute à 6,2, est totale à 4,6.

La mort survient au bout de quelques jours, le 13 juillet, avec persistance des signes pulmonaires et cardiaques.

A l'autopsie, lésions pleuro-pulmonaires droites

Foie gros, 2 kg. 200, aspect congestif à la coupe, érythroblastes abondants.

Rate 450 gr., grenat foncé.

Le cœur ne présente pas de lésions valvulaires.

Ces malades ont donc présenté cliniquement tous trois un ictère associé à une anémie marquée, ictère plus ou moins intense avec un gros foie, une grosse rate ; l'examen de sang a mis en évidence une érythroblastose marquée, que sont venus confirmer les myélogrammes, l'examen histologique du foie et de la rate.

**

L'*ictère* de l'érythroblastose peut présenter toutes les nuances cliniques de l'ictère banal à l'ictère grave, en passant même par l'ictère par rétention, comme dans notre seconde observation où l'on a pensé, un moment, à un cancer du pancréas.

Il est, quand il apparaît de façon précoce, d'un diagnostic étiologique bien difficile, qui sera fait par la ponction sternale, par l'examen de la lame de sang et par la constatation d'hématies de type spécial.

Dans la plupart des cas, les globules rouges présentent des variations de taille, cellules naines de 3 à 5 µ, cellules géantes de 10 à 12 µ, de l'anisochromie avec surtout hypochromie, des variations de forme, l'ovalocytose étant la plus fréquente.

Plus rarement, on trouve des hématies ponctuées à grains azurophiles, des fragments globulaires, des corps de Jolly.

Mais surtout, on rencontre des hématies nucléées, des normoblastes d'abord, des érythroblastes vrais avec leur noyau sombre rétracté et leur protoplasme éosinophile, des proérythroblastes avec leur noyau bourgeonnant et leur protoplasme basophile, mais aussi des érythroblastes caractérisés par des troubles de maturation du protoplasme ou du noyau. Ce protoplasma peut être déformé, en besace, le noyau peut être fragmenté, déformé, en

goutte ou pédiculé. Des processus d'expulsion nucléaire se rencontrent dans des cellules à protoplasme encore polychromatophile, très pauvres en hémoglobine, très jeunes, qui ne devraient pas en présenter.

Un processus analogue peut aussi se produire en sens inverse : c'est ainsi que l'on voit de grosses cellules érythroblastiques avec noyau encore spongieux à chromatine diffuse peu colorée sur un protoplasma mûr, acidophile et riche en hémoglobine, l'évolution de l'un étant en retard ou en avance sur l'autre et réciproquement. C'est ce que nous appellerons l'*asynchronisme du développement*, qui est tout à fait caractéristique. Toutes ces anomalies ont frappé Lehndorff, de Vienne, qui parle de véritables *mutations* des cellules rouges.

Même si l'on fait le diagnostic d'érythroblastose authentique, primitive ou pure, il faut encore se demander si cette érythroblastose n'est pas secondaire à une intoxication, à une néoplasie [observation de Lœper, Mallarmé, et Brault (1)], peut-être à une hépatite (obs. de Fiessinger et Laur), peut-être à l'ictère lui-même.

Et quand on peut affirmer qu'elle est idiopathique, il faut essayer de l'interpréter. Est-ce une anémie avec érythroblastose secondaire réactionnelle analogue à la réaction érythroblastique des grandes hémorragies ? Est-ce une érythroblastose autonome, cause de l'anémie ou tout au moins parallèle à celle-ci ? Mais ce qui nous intéresse plus encore, c'est la pathogénie de l'ictère et cette pathogénie que nous allons discuter peut être *double :* hépatique ou hématique.

Les *signes hépatiques*, ceux qui peuvent témoigner d'insuffisance cellulaire, sont à vrai dire peu marqués. Un ictère signalé dans huit cas sur vingt n'est en réalité indiscutable que dans cinq cas, car trois des malades présentaient à l'autopsie un processus cirrhotique et doivent être éliminés ou tenus pour suspects.

Le chiffre de cholestérol n'est jamais élevé, 1,25, 1,55, 0,80. Le paracholestérol atteint une fois 4,30.

La bilirubine directe est de 0,20, 0,30.

Mais la bilirubine indirecte est seulement de 0,02.

L'urobiline est trois fois élevée.

La galactosurie une fois positive seulement et légère.

Les sels biliaires atteignent deux fois à 0,024, 0,020.

Les coefficients azotés sont anormaux une seule fois.

Le soufre n'est très élevé dans le sang que dans un cas, 12 ctgr.

L'hépatomégalie est, par contre, un signe très constant, elle existe 12 fois sur 26.

Tels sont les signes de la série hépatique. Quant aux *signes sanguins*, ils sont variables : signe du lacet, une fois ; temps de coagulation normal habituellement.

Résistance globulaire légèrement diminuée, trois fois à 6,2, 5,2.

Auto-agglutination des hématies qui se présente seulement deux fois.

Dans deux cas, prolongation durable du T. de saignement. Enfin protides parfois diminués, 60 gr. par litre.

Alors même que signes hépatiques et signes hématiques s'intriquent, les uns priment parfois les autres et l'on est autorisé à discuter une double pathogénie : celle d'une hémolyse par diminution de la résistance globulaire, ou même d'une hémolyse par l'action d'hémolysines sériques, l'érythroblastose n'étant qu'une réaction du système hématopoïétique ; et celle d'une érythroblastose vraie, initiale, dominante, maladie propre en un mot de la cellule rouge et secondairement ictérigène.

Dans le premier cas, l'ictère vient de la destruction de ces hématies.

Dans le second, il est dû à une altération hépatique primitive, à une maladie érythroblastogène du mésenchyme hépatique, les érythroblastes naissant d'une prolifération sur place, d'une métaplasie mésenchymateuse véritable.

Il suffit d'étudier l'examen anatomique pour retrouver ces deux ordres de faits. Certains foies sont hémorragiques et dilacérés ; d'autres sont en pleine réaction cellulaire, et sans hémorragies ou presque. Dans les premiers, c'est l'hémolyse qui est ictérigène, dans les seconds c'est l'érythroblastose. En voici quelques exemples où s'affirment ces pathogénies.

Dans la première apparaît *un processus d'hémolyse pure.*

Le foie de Mlle J... (notre observ. III) était très hémorragique ; il montrait des sinus énormes, gorgés de sang, beaucoup rompus, de gros vaisseaux très dilatés à éclater, dont beaucoup dans le parenchyme avaient formé des lacs hémorragiques. Des amas de pigment ferrugineux attestant une hémolyse importante. Les cellules de Küppfer semblent normales, chargées de pigments, mais la réaction érythroblastique en est absoute.

Même aspect dans une observation de Troisier, où l'on voyait de nombreuses hématies nucléées non pas nées sur place, mais mélangées au sang. Hémolyse à 4,5, 5.

Dans ces deux cas, le foie est passif et l'hémolyse est le point dominant. Elle se fait dans le foie surtout, sans doute aussi dans la rate et le sang.

Dans la deuxième, *le processus est mixte : d'hémolyse et d'érythroblastogenèse* associés. Chez Mme M... (observ. III), les sinusoïdes sont dilatés, mais on trouve des cellules érythroblastiques abondantes, plus abondantes que dans le sang circulant, et des cellules de Küppfer augmentées de volume, auxquelles sont appendus des éléments érythroblastiques qui en procèdent évidemment. Il n'y a pas de cirrhose, mais partout des zones déchiquetées, comme fibrillaires, avec un exsudat sanguin et de l'œdème.

Ici l'aspect est mixte : encore hémorragique avec hémolyse probable, mais aussi néogenèse cellulaire certaine.

Enfin dans la troisième, le *processus érythroblastogène est dominant* et presque exclusif. C'est celle de G... (observ. de Loeper, Lemaire, Mallarmé, Pittaluga). Pas de lésions dégénératives des cellules hépatiques, qui sont cependant encombrées de masses de lipides.

La stase sanguine est importante et l'élargissement des sinusoïdes est parfois considérable. La structure lobaire est conservée. Il existe une fibrose diffuse avec nombreux foyers de prolifération fibroblastique et une métaplasie en îlots du tissu myéloïde avec formation locale d'érythroblastes.

Les cellules de Küppfer y sont considérablement hyperplasiées. Les éléments érythroblastiques encombrent le foie, et les vaisseaux sanguins et proviennent directement de la trame conjonctive et des cellules de Küppfer en prolifération. Ici le processus de néogenèse est à son maximum et l'aspect histologique fait penser à une réaction érythroblastique liée à la prolifération réticulo-endothéliale.

On retrouve des aspects analogues dans beaucoup d'autres observations. Nous laissons de côté les cas comme ceux de Gaudier, où il existe une cirrhose véritable et contingente.

Dans la thèse de Mlle Juster, 1937 : un foie sans péri-hépatite, avec une sclérose périportale, une infiltration érythroblastique et myélocytaire en nodules. Présence de mégacaryocytes, soit intertrabeculaires, soit au centre des nodules. Ces éléments dérivent des cellules de Küppfer avec hypertrophie du système réticulo-endothélial. Il n'y a pas de cirrhose.

Dans une observation de May, on note en outre l'abondance des hématoblastes.

Dans celle de Langeron est signalée une réaction myélocytaire discrète, surtout dans les capillaires intra-lobulaires, avec présence de myéloblastes et de myélocytes, d'hématies nucléées et de mégacaryocytes. Sans cirrhose, sans lésions cellulaires du foie, sans pigments.

Dans l'observation de Downer, Palmer et Powel, le foie contient des mégacaryocytes à divers stades.

D'ailleurs, la ponction du foie a montré à May une prolifération de toutes les cellules et de nombreuses mitoses, et ce processus a été amélioré par la radiothérapie.

Et Firket a vu à côté de foyers de nécrose hépatique, une transformation myéloïde évidente, une réaction normoblastique, myélocytaire avec, en outre, du pigment ferrugineux dans les cellules.

Signalons encore que Favre a décrit un aspect du foie myéloïde avec une cellule hépatique normale et de volumineuses cellules ovalaires, isolées ou réunies avec noyau clair arrondi, paraissent se continuer avec les cellules de Küppfer, des nodules myéloïdes refoulant les travées et contenant des myéloblastes, des myélocytes, des hématies nucléées. Les mégacaryocytes étaient très nombreux, isolés dans les espaces intertrabéculaires, le plus souvent dans les îlots myéloïdes, avec nombreuses figures de caryocinèse. Quelques-uns sont comme appendus par un pédicule au cadre réticulaire.

Tous ces aspects témoignent, dans de nombreux cas, d'un réveil de l'activité fœtale et hématopoïétique du foie. Des expériences, déjà anciennes de Dominici avec le bacille typhique, ont prouvé la nature de ces réactions où les myélocytes, les érythroblastes et même les mégacaryocytes dérivent de l'hémohistioblaste primitif.

Une telle réaction cellulaire surabondante, qui se fait aux dépens des cellules de Küppfer, au moins en partie, ne peut-elle entraîner une gêne notable de la fonction biliaire et expliquer l'ictère, malgré l'intégrité de la cellule hépatique.

De sorte qu'il y aurait *deux ictères* dans l'érytroblastose : *l'ictère par hémolyse intrahépatique et l'ictère par réaction du mésenchyme et qui peut être en partie un ictère par rétention trabéculaire.*

Le premier est sanguin. Le deuxième est hépatique au sens strict du mot.

Il ny a pas grand'chose à dire du traitement de ces ictères. Il disparaît devant celui de la maladie, d'une maladie dont on ne connaît pas la cause : facteur toxique, benzol, goudron

(1) M. Lœper, J. Mallarmé et A. Brault. L'érythroblastose cancéreuse (*Presse Médicale*, n° 62, 5 avril 1939, et *Thèse de Gorin*, 1944).

(Ficket), carence vitaminique, infection (Gaudier), tuberculose (Juster) ou « maladie de système » (Aubertin), dont on soupçonne quelques facteurs constitutionnels qu'on a incriminés : érythroblastoses de l'enfance, maladies congénitales où l'ictère et les lésions hépatiques font partie intégrante du tableau clinique, intervention d'un facteur R. H. que les recherches de Landsteiner ont mis en évidence.

Tout cela ne nous permet guère d'orienter notre thérapeutique. L'ictère de l'érythroblastose n'est pas toujours amélioré par les transfusions de sang, car le choc en est souvent la conséquence et l'ictère en est accru. Les acides aminés, les extraits de foie, les vitamines n'ont pas grande action sur lui. L'évolution de l'ictère, comme celle de la maladie, se joue de nos thérapeutiques.

Affection sous-corticale évolutive et phénomènes critiques, toniques et myocloniques, dans un état de somnambulisme

Par André Beley, médecin des hôpitaux psychiatriques et Hilaire, interne des hôpitaux de Poitiers

L'existence d'une épilepsie « extra-pyramidale » est un problème discuté et non résolu. La discussion ne peut en être du reste que théorique au point de vue humain, car elle ne peut se servir valablement que de données physio-pathogéniques. De nombreux auteurs ont observé et rapporté des manifestations convulsives d'aspect épileptique, apparaissant au cours de maladies franchement sous-corticales et paraissant dépendre des lésions extra-pyramidales.

L'anatomie pathologique venait confirmer ces lésions et ne révélait aucune atteinte du cortex. Inversement, d'autres observations ont établi que l'apparition d'une encéphalite épidémique, génératrice de lésions pallido-striées, chez un épileptique franc, peut s'accompagner de la suspension des accès comitiaux. Il pourrait donc exister entre ces deux zones superposées — cortex et sous-cortex — des rapports fonctionnels d'incitation et d'inhibition, de libération ou de modération qui feraient que, suivant les cas, les deux ordres de symptômes — raideur et convulsions — s'intriqueraient ou se désuniraient, la comitialité survenant ou disparaissant suivant le degré de la lésion striée.

Il est aussi louable de se demander si l'ensemble de la symptomatologie sous-corticale ne comporte pas la possibilité de crises convulsives « toniques » — et purement toniques — se rapprochant par certains côtés de l'épilepsie vraie.

En d'autres termes, le problème est le suivant : les interréactions fonctionnelles et dynamiques entre les noyaux sous-corticaux et le cortex sont-elles suffisantes pour *provoquer* — ou suspendre — des manifestations épileptiques, c'est-à-dire à point de départ cortical : manifestations atypiques et toutes colorées d'hypertonie ? ou bien les noyaux sous-corticaux sont-ils eux-mêmes l'origine des décharges toniques, appelés à tort « épilepsie striée » ? C'est là le point que nous voudrions essayer d'élucider, à l'aide d'une observation clinique que nous allons rapporter en ses détails, et aussi objectivement que possible.

D..., 18 ans, entre à l'hôpital Pasteur de Poitiers, le 18 mars 1945, sa mère se plaint de ses troubles du caractère, de ses violentes colères et de son indocilité, il présenterait des phases d'excitation avec insomnie. Il est atteint, en outre, de troubles moteurs : son bras droit, raide et maladroit depuis trois mois, est le siège d'un tremblement qui ne fait que s'accuser de jour en jour, plus récemment le bras gauche s'est mis à trembler légèrement.

Nous nous trouvons en présence d'un jeune homme aux traits figés et au regard fixe, ses mouvements sont lents et sans aisance.

L'extrémité distale — main et avant-bras — du membre supérieur droit tremble sur un mode continu, mais les gestes intentionnellement précis ont tendance à diminuer ce tremblement. La force musculaire est égale aux deux membres supérieurs. On note une *hypertonie* généralisée, mais plus marquée du côté droit, où le signe de la roue dentée est très net, ainsi que le signe de Fromert ; le bras ne se balançant pas pendant la marche.

Les membres inférieurs sont relativement plus souples.

Tous les réflexes tendineux et cutanés sont vifs et égaux ; le rotulien droit est nettement contre-latéral.

Il y a une paralysie complète de la convergence oculaire.

Il n'existe aucun signe *d'atteinte pyramidale* et pas de signes cérébelleux.

Il s'agit d'un syndrome parkinsonien post-encéphalitique avec troubles du caractère, réclamant un traitement dans le cadre de l'internement.

Le comportement de D..., pendant l'examen, présentait une particularité intéressante, et que nous avions notée aussitôt : d'excessives réactions motrices de peur lors d'une brusque incitation psycho-sensorielle. Un bruit, l'élévation soudaine de la voix, une lumière brutale, le moindre rapprochement de la main vers le visage du malade provoquait un mouvement de recul exagéré de la part de ce dernier ; il efface sa tête, lève les mains comme pour se protéger, regarde autour de lui avec une expression hagarde et se met à trembler davantage et à se raidir. La réaction *n'est pas immédiate ;* il y a un certain temps de latence ; la riposte est tout d'une pièce. Le retour à l'état habituel est plus lent.

Ce phénomène que l'on peut appeler une *surréaction sensorio-motrice retardée*, ne semble pas avoir d'épuisement, il se reproduit aussi souvent que l'on cherche à le provoquer. Sa production est nettement sur le mode « strié » : il est dominé par l'hypertonie, la brusquerie « tout d'une pièce » du mouvement, la décontraction lente avec conservation des réflexes de posture.

Il traduit au dehors un véritable sentiment d'effroi ; en réalité, interrogé sur les phénomènes subjectifs qui peuvent l'accompagner, le malade est pauvre en détails : il ne peut dire qu'il éprouve de la peur, et c'est absolument « malgré lui » que se produisent ses gestes de recul et de protection...

Cette notion de décharge tonique involontaire et non accompagnée de conscience claire nous semble importante à rapprocher des phénomènes décrits dans la suite.

Traité par le salicylate de soude intraveineux, D... semble s'améliorer dans les trois mois qui suivent : les gestes deviennent plus souples, le tremblement moins marqué ; il s'occupe régulièrement dans le service.

En réalité, il nous arrive, au cours de la visite, de le surprendre souvent immobile, muet, hypertonique, presque cataplexique, des crises oculogyres survenant dans ces périodes, et les sursauts décrits sont presque continus, prenant pour prétexte tous les moindres mouvements de l'entourage immédiat.

C'est ainsi que nous apprenons du personnel infirmier qu'il arrive à D... de présenter des crises d'excitation « genre épileptique » nous dit-on, lors de son réveil, soit le matin, soit après la sieste l'après-midi.

A quelques jours de distance, nous assistons séparément à deux de ces crises ; il nous paraît intéressant de rapporter dans leurs détails les descriptions qui en ont été faites par chacun de nous.

D... s'est couché après son déjeuner. Depuis le matin, il était inactif... « la tête lui tournait ».

Il a dormi profondément pendant une heure ; le début de la crise a coïncidé exactement avec son réveil, provoqué par un gardien.

Quand nous rentrons dans la pièce, D... est couché sur son lit, recroquevillé sur lui-même, les yeux fermés ; quand nous nous approchons de lui se produit un violent soubresaut suivi d'un *spasme général de torsion.*

Le visage est grimaçant, agité de *myoclonie* continuelle ; les yeux restent fermés, les mains sont crispées et s'aggrippent aux draps. Les membres inférieurs sont raides et parcourus de fébrillation. A intervalles rapprochés apparaît un *spasme tonique*, suivi de véritables secousses cloniques généralisées. Cette apparition est spontanée ou se produit sous l'influence immédiate du moindre contact ou d'un bruit léger. Il semble qu'il s'agisse chaque fois d'un réveil en sursaut : après deux ou trois secousses intenses, la tête se rejette en arrière et les membres s'étendent en une véritable contracture hypertonique : au bout de 4 à 5 secondes, les membres se relâchent et l'attitude première du sommeil anxieux est reprise.

Le premier aspect de la crise dure trois quarts d'heure environ, pour faire place à de nouveaux phénomènes : à nouveau les traits se crispent, la respiration devient haletante et une nouvelle forme d'agitation commence.

D... s'assied brusquement sur son lit, et, toujours les yeux fermés, agite les bras, lançant des coups de poing dans tous les sens, à nouveau un spasme tonique le rejette sur le plan du lit.

Puis il s'assied sur son lit ; toujours les yeux fermés, il étend les bras comme pour s'orienter. Bientôt son bras droit exprime un mouvement de moulinet, tandis que, de la main gauche, il semble interpeller des interlocuteurs invisibles. Les lèvres se mettent à remuer sans émettre aucun son.

Il finit par descendre de son lit, se heurte aux infirmiers qu'il palpe longuement, fait quelques pas vers la porte de la chambre. Il revient vers son lit, prend sous son bras son traversin, ses couvertures, va les disposer au fond de la pièce, les reprend bientôt et les remet sur son lit où il se recouche. Il se lève à nouveau, puis se précipite sur le lit : les gestes redeviennent plus violents, les poings plus menaçants, une discussion semble s'engager.

Parfois encore apparaît un épisode tonique très violent et très court.

Tout à coup D... articule très clairement « en route », il se lève, reprend ses couvertures, s'approche de la porte, sort de la pièce, fait quelques pas mal assurés dans le couloir, dispose ses couvertures et se couche.

Comme s'il était menacé, il se relève d'un bond, discute en un langage incompréhensible, fait de grands gestes évasifs. Palpant le mur qu'il longe, se heurtant aux meubles, il regagne sa chambre et se recouche. A nouveau apparaît un spasme hypotonique, puis des secousses cloniques très violentes.

Une heure trois quarts après le « réveil » et le début de la crise, D... ouvre les yeux, demande à boire, puis se lève. Il ressemble à un dormeur hébété et surpris au milieu d'un rêve. Le bas du visage ne cesse encore, quelques minutes, d'être agité de secousses myocloniques.

Au bout de ce temps, le réveil est complet : D... ne présente aucun signe de confusion ; il est orienté dans le temps et dans l'espace et on ne note aucun signe d'obnubilation psychique. *Il dit avoir rêvé*, et n'a aucun souvenir de la crise. Dans son rêve, il s'agissait d'un taureau qui le menaçait.

Interrogé une heure plus tard, D... déclare : « C'est toujours par un rêve que ça vient... Si je fais un rêve triste, ça me réveille d'un seul coup... ça me saisit... ensuite je ne me rappelle plus du tout ce qui se passe et ce que je fais. »

***

En somme, les éléments qui se dégagent de notre observation sont les suivants : la crise débute régulièrement au cours du passage de sommeil à l'état de veille ; le malade reste dans un demi-sommeil et conserve une mimique d'expression purement instinctive. La conscience n'est pas complètement absente. On assiste essentiellement à des phénomènes cloniques où dominent des fibrillations musculaires et des myoclonies du visage — très comparables aux « myoclonies épileptiques » décrites par Marchand (1) — on voit aussi se produire de gros troubles du tonus postural, sur un mode spasmodique, auxquels se surajoutent des mouvements véritablement convulsifs. Et ces phénomènes s'intriquent dans le temps sans ordre apparent. Lorsque les membres supérieurs se raidissent, ils continuent à être animés d'un tremblement type sous-cortical.

Comme dans les états somnambuliques, des réponses sont fournies aux incitations, verbales et motrices.

Il n'y a ni perte des urines, ni morsure de la langue. La crise dure plus d'une heure, et le réveil végétatif est suivi d'une période de désorientation fort courte (3 à 5 minutes). L'amnésie est loin d'être totale par la suite : le sujet parvient à *reconstituer un rêve dramatique*, dont il conserve des images vécues.

Cet élément oniroïde nous ramène encore à la conception somnambulique. Mais il serait erroné de penser qu'il s'agisse d'une forme somnambulique de l'épilepsie, telle qu'en a décrit Picart (2) au sujet des « actes automatiques de nature comitiale ». Nous considérons, au contraire, que la « forme » est ici essentiellement indicatrice du fond, et que ce fond est autre qu'épileptique.

Nous ne nous trouvons pas non plus devant une de ces affections pyknoleptiques, caractérisées surtout par la suspension très brève et complète des fonctions psychiques, et qui sont en réalité des formes authentiques du mal comitial.

Il ne s'agit pas non plus d'un accès brutal de sommeil (narcolepsie) avec effondrement de tout tonus musculaire. Si l'apparition de la crise au moment du passage du sommeil au réveil ; si l'inhibition brusque du tonus, coupée de spasmes, ainsi que la non-suspension de la conscience nous rappellent de très près le syndrome cataleptique (type Lhermitte et Dupont) et nous fait penser à certaines observations de « cataplexie épileptique » discutée par Marchand et Ajuriaguerra (3), rien par contre, dans les antécédents de notre malade, ou dans l'évolution de sa crise, à la fois tonique et clonique, ne *nous autorise à faire de lui un épileptique*.

S'il existe réellement des syndromes cataplexiques de *nature épileptique*, nous ne nous trouvons pas devant un cas de ce genre.

Il faut se souvenir d'ailleurs que les *phénomènes extra-pyramidaux* dominent nettement toute la présentation du malade, entre ses crises. Et il est impossible, devant un tel cas, de prendre comme point de départ la notion, purement fonctionnelle, de l'épilepsie.

Dans sa thèse, Courtois (4) avait semblé admettre une entité syndromique à la fois comitiale et parkinsonienne, et il avait cherché à lui découvrir une base organique commune, Wimmer (5) a parié « d'épilepsie striée », et a rapporté des observations ou des symptômes pouvant être liés à une atteinte des corps striés survenant à l'occasion de *certaines manifestations comitiales* antérieurement enregistrées et classées. Spillr a rapporté des observations analogues et a employé le terme d'épilepsie « sous-corticale », repris par Marchand et Courtois (6). Ces deux auteurs ont noté la fréquente association d'incidents hypertoniques ou choréo-athétosiques à des crises d'épilepsie certaine, et aussi des *incidents épileptiformes au cours de l'encéphalite épidémique*, mais ils insistent sur la fréquence des formes atypiques de la crise lorsque l'épilepsie *s'accompagne* de symptômes indiquant une altération des noyaux de la base. Ils continuent à s'enfermer ainsi dans le cadre épileptique. Van Bogaert (7) étudie un cas d'épilepsie myoclonique accompagné de chorée. Jacob, Stirtz et Spielmayer ont découvert des lésions importantes du néo striatum chez des individus qui présentaient des accès épileptiques classiques, entrecoupés de crise de rigidité.

Il semble bien, en réalité, que la voie d'abord du problème soit autre : elle consiste à rechercher en quoi les phénomènes de *décharge* tonique qui peuvent accompagner ou interrompre la rigidité pallidale *se rapprochent* de l'épilepsie.

En 1921, Fœrster, qui constate cette association, étudie les « attaques convulsives toniques » au cours de l'évolution des symptômes extra-pyramidaux, et exprime la conviction que l'élément tonique de la crise épileptique est *d'origine extra-pyramidale*. C. et O. Vogt, en 1920, voient apparaître l'épilepsie dans la phase aiguë de l'encéphalite épidémique ; des cas analogues sont rapportés par Guillain.

Mlle Lévy (8) étudie avec soin les manifestations tardives de l'encéphalite épidémique, et signale la rareté de l'épilepsie chez les *anciens* parkinsonniens. Mais elle rapporte, en particulier, l'observation d'un jeune garçon, encéphalitique, qui « se met à souffler bruyamment du nez par saccades... ; ses bras sont engourdis, inactifs, ses extrémités froides. Il est impossible de faire cesser le soufflement... il ne semble ni entendre ni voir... ; ses yeux restent fermés. De temps en temps il survient des crises de « catatonie » : l'enfant est absent et se met à bâiller éperdûment. Il ne répond pas ; il ne parvient pas à remuer ». Gilbert Robin (9) a noté la fréquence, chez un grand nombre d'enfants atteints d'encéphalite léthargique, de « phases de durée variable, pouvant aller de 40 secondes à plusieurs minutes, au cours desquelles le sujet devient brusquement immobile, le regard fixe, la physionomie hébétée. Il s'arrête de parler, ne répond plus aux questions, ne paraît pas capable d'y prêter attention. Les opérations psychiques paraissent suspendues ». En réalité, bien que l'apparition de l'encéphalite épidémique soit possible chez l'épileptique, l'association des deux symptômes est rare.

Si nous en revenons à notre observation personnelle, où l'atteinte sous-corticale est signée avec certitude depuis de longs mois, on ne peut partir de l'incident de *forme* épileptique pour lui assigner une *nature* comitiale, et on est forcé de détacher du cadre épileptique ce qui est certainement dû aux processus d'atteinte du corps strié. Il n'existe pas, à proprement parler, « d'épilepsie striée », dans le sens de l'apparition de crises épileptiformes *striée*, sur des symptômes habituels de tremblement et d'hypertonie.

La *libération seule* de l'automatisme sous-cortical, par le fait de l'atteinte encéphalitique *localisée*, est capable de reproduire au dehors, d'une façon démesurée, la physiologie entière des noyaux centraux avec leurs connexions aussi bien *thalamo-hypothalamiques* que corticales, et peut provoquer des *états de crise* très polymorphes : activité de rêves dans un endormissement prolongé ; agitation « somnambulique », troubles massifs du tonus, raideur brusque du corps, phénomènes myocloniques, etc.

Plutôt que de l'épilepsie myoclonique, épilepsie cataplectique, épilepsie sous-corticale, il convient de parler des manifestations fonctionnelles de l'atteinte des noyaux striés et de leurs connexions et d'accidents épileptiformes au cours de maladies extra-pyramidales.

Il paraît tout à fait inutile, pour la clarté nosologique, de faire confusion entre *l'état de crise* classique purement comitial (avec participation lointaine d'inhibition sous-corticale) et les *états de crise spéciaux* qu'il reste encore à préciser avec exactitude dans leur production, mais qui sont de *nature sous-corticale directe*, et qui exigent, eux, divers modes et diverses voies de libération, autant diencéphaliques que corticales.

BIBLIOGRAPHIE

1. J. Marchand. Les myoclonies épileptiques (*Encéphale*, 1924).
2. Thèse Picard (Paris, 1927).
3. Marchand et Ajuriaguerra. La cataplexie épileptique (*Annales médico-psychologiques*, 5 mai 1940).
4. Thèse Courtois. (Paris, 1928). *Le syndrome comitio-parkinsonnien.*
5. Wimmer. L'épilepsie dans l'encéphalite épidémique chronique (*Revue neurologique*, septembre 1927).
6. Marchand et Courtois. De l'épilepsie dite sous-corticale (*Revue neurologique*, juillet 1929).
7. Van Bogaert. Société belge de neurologie (1926).
8. Thèse Lévy (Paris 1922). *Manifestations tardives de l'encéphalite épidémique.*
9. Thèse Gilbert Robin. (Paris, 1923).

ACTUALITÉS

LES MÉDECINS BELGES PENDANT L'OCCUPATION

Par R. Levent

Lentement reprennent les relations intellectuelles : en une liasse unique *Bruxelles Médical* ressuscité nous envoie les fascicules parus.

Exceptionnel par l'importance et le soin de la présentation, ceux du « bon temps » ; plus exceptionnel encore puisqu'à des articles scientifiques aussi bons qu'aux meilleurs jours, le fascicule publié à l'occasion de la libération de la Belgique nous apporte des notices auxquelles conviendrait le titre barrésien : « Sous l'œil des Barbares » ou plus prosaïquement : « Sous la botte ».

A leur lecture se réveille en nous le souvenir d'une chronique belge de l'autre « dernière » qu'un avocat belge signait pour la dernière fois de son nom d'emprunt. « Fidelis » y racontait la vie, héroïque et rocambolesque à la fois, de la presse clandestine belge de la première occupation : *les Mots du Soldat, la Libre Belgique*, celle qui, à en croire son en-tête, s'imprimait « dans une cave automobile » ! La Belgique de 1940-45 eut aussi son journal clandestin, *la Belgique nouvelle* ; le rédacteur et l'âme en fut un médecin, le Dr de Laët.

Les premiers éléments d'une chronique 1940-45 que nous apporte *Bruxelles Médical* sont incomplets, certes ; rassemblés à la dernière heure, ils ont trait aux organismes les plus divers ; mais ils n'en donnent qu'une idée plus fidèle de la multiplicité des zones à défendre, des secteurs de contre-offensive et de harcèlement. Les Belges de 1914-1918, après leur dur apprentissage, avaient acquis une expérience et laissé une tradition de la Résistance. Ceux de 1940-1945 ont continué et perfectionné. Il faut souhaiter qu'eux aussi aient la légitime fierté d'une belle confession publique et qu'une chronique complète de la Résistance belge et tout particulièrement de la Résistance médicale belge, soit publiée un jour prochain.

Les générations présentes et à venir, en Belgique et chez les amis de la Belgique, sauront applaudir et prendre exemple, en connaissant mieux ces titres de noblesse. Les médecins français ont montré ce qu'ils savaient faire ; ils seront heureux de savoir avec plus de précision, qu'en matière de Résistance leurs confrères belges, eux aussi, « la connaissent et la pratiquent » et que leur sens clinique les a conduits, en dépit des fausses pistes, au vrai diagnostic et au bon traitement.

En Belgique comme partout, la Résistance a coûté cher et c'est un « in Memoriam » évidemment et malheureusement incomplet, émouvant cependant, qui orne les premières pages de la brochure. Dans l'irréparable voisinent fraternellement simples praticiens et maîtres de la Médecine : morts à la guerre, bien nombreux pour une guerre qui fut courte, fusillés, morts en déportation, « assassinés par les traîtres » aussi. Et les derniers mois de 1944, si tragiques, ont allongé encore ce memento glorieux.

Ce sont ensuite les éphémérides de la persécution avec l'uniformité animale des procédés et la monotonie des étapes successives : intimidation et séduction alternatives se terminant en malveillance avouée et sûre d'elle-même avec ou sans sévices sur les personnes et destruction des choses.

C'est la suppression du Collège des Médecins et de la Fédération médicale belge et la création d'un Ordre des Médecins selon l'esprit de l'ordre nouveau ; la révocation des anciens dirigeants, leur mise en surveillance, la pression morale et juridique. Devant l'insuccès de ces premières mesures, on en vient sans tarder au deuxième degré : interdictions d'exercice, congédiements, saisies, suppression des automobiles ou des permis de circuler, réquisitions diverses. La réquisition finit par s'étendre aux personnes, tantôt brutale, tantôt compliquée de sournoiserie venimeuse. Tel ce médecin des hôpitaux de Gand, rebelle à l'Ordre nazi des Médecins, qu'on délègue comme médecin à l'organisation Todt de Belgique. Comme par hasard, les cadres sont au complet et on l'expédie à l'organisation Todt de Paris, qui lui trouve le poste pour lequel on l'attendait : front de l'Est. A bon droit, notre confrère donne la préférence au maquis, mais arrêté à Bordeaux peu de temps après, il suit le chemin trop fréquenté de Buchenwald où on l'assassine six mois plus tard. Quant aux médecins juifs qu'on exclut de toute activité médicale ou paramédicale et qui doivent contresigner leur déchéance, de longues luttes finissent par leur obtenir de demeurer médecins, mais pour leurs seuls coreligionnaires, moyennant des surtaxes professionnelles raciales et l'apposition d'une étoile jaune à leur porte. Au moins échappent-ils ainsi à l'organisation Todt. Les hôpitaux leur sont fermés, sauf quelques services. Finalement un seul hôpital est réservé aux Israélites. Cette suprême précaution raciale permit, en compensation, de soigner et de sauver nombre de victimes de la Gestapo et de rescapés du camp de concentration de Malines. La Croix-Rouge de Belgique, ici comme dans d'autres domaines (Comité national de secours, Surveillance et distribution de produits alimentaires, hygiène, déportés, Œuvres nationales de l'enfance, Pro Juventute) apporta le secours de son expérience et de ses activités multiformes.

Dans le domaine de la médecine hospitalière, réquisition des locaux avec ou sans nécessité, fermetures arbitraires de services ou d'hôpitaux entiers alors même qu'on ne pouvait les remplacer, emprisonnement et déportation du personnel, absorption des organes supérieurs de direction furent monnaie courante. A Bruxelles la lutte fut vive et le Corps médical contre-attaqua. Privés de leurs chefs légaux et de leurs moyens d'action, les médecins des hôpitaux ripostèrent par un premier et dernier avertissement : ils ne continueraient leur service que si rien n'était changé dans la composition du Corps médical ni dans les règles ou usages en vigueur. Il y eut quatre mois d'accalmie. Une nouvelle offensive ennemie, bien qu'à objectifs limités, déclencha une démission collective. Elle calma l'assaillant qui se tint coi jusqu'à la libération.

Si, submergé par une invasion inopinée, le service de Santé militaire n'eut, avant d'être dispersé par l'occupant, que le temps bien juste de transmettre à la Croix-Rouge ce qu'il avait, corps et biens, pu sauver du désastre, le service de Santé de l'armée secrète, qui lui était sans doute quelque peu apparenté, ne tarda pas à s'organiser. A partir de 1942, ses médecins, infirmiers et brancardiers, munis de matériel, purent assurer le transport, les soins et l'hospitalisation d'innombrables maquisards.

Dès 1940, le ministère de la Santé publique vit ses dirigeants révoqués ou mis à la retraite sans explication, déportés même, comme le Dr Sand, son secrétaire général. Mis quelque temps sous la dépendance d'éléments — à peine — suspects, ses divers services étaient bientôt démembrés et attribués à d'autres ministères, Intérieur, Agriculture ou Travail.

Quant à l'enseignement supérieur, et surtout à l'enseignement médical, c'étaient pour l'ennemi des proies d'importance. C'est ainsi que l'exode de mai fournit aux Allemands le prétexte d'une première coupe sombre dans le Corps enseignant de l'Université libre de Bruxelles : 23 professeurs étaient éliminés, 37 autres devaient demeurer en exil. Dès octobre 1940 cependant, les cours reprirent, pour le bien des étudiants et afin d'empêcher la destruction du patrimoine scientifique. Une « campagne de presse » vigoureuse n'arriva pas à obtenir la fermeture, mais seulement la surveillance d'une Université dont les tendances politiques déplaisaient. Après divers incidents, un commissaire allemand fut nommé qui prétendit intervenir dans l'enseignement et nommer les maîtres et menaça l'Université de perdre son autonomie et son patrimoine. En 1941 donc, l'Université décida de fermer et resta fermée malgré les menaces. Les professeurs, privés de traitement et dépouillés du droit d'enseigner, furent mis à l'amende ; nombre d'entre eux furent arrêtés comme saboteurs et mis en forteresse. La Résistance cependant ne cessait de se raidir, efficacement soutenue par la finance et l'industrie. Un enseignement complet fut officieusement donné aux étudiants demeurés à Bruxelles, au moyen de « cercles facultaires », jusqu'en mai 1943. Ceux-ci, interdits à leur tour, furent remplacés par un enseignement clandestin par petits groupes ; il fut, par contre, impossible d'éviter les occupations de locaux, les réquisitions, la dispersion du matériel et des collections. Bon nombre d'étudiants durent se mettre en mesure d'échapper au service de travail obligatoire qui les guettait. D'autres émigrèrent vers Liége ou Louvain.

Louvain fut quelque temps ménagée, puisque de 1940 à 1944, les cours s'y poursuivirent malgré les menaces de fermeture et l'emprisonnement d'un recteur indocile ; malgré aussi les dommages de la guerre : incendie, en 1940, d'une bibliothèque de 800.000 volumes à grand'peine reconstituée, démolition de certains bâtiments. L'afflux des étudiants bruxellois posait d'autres problèmes.

A Liége, à Gand, ce fut aussi la guerre avec des incarcérations, des fusillades ; mais partout la résistance avouée ou discrète fut pour l'occupant une gêne et un défi permanents ; elle réussit à sauver des vies, des activités, des biens matériels sans prix.

De l'état d'esprit qui régnait parmi les médecins en toute circonstance, on trouve le témoignage dans la proclamation du Dr Van de Meulebroeck, bourgmestre de Bruxelles, proclamation vite arrachée des murs, mais pourtant bien lue auparavant par tous ceux qu'elle concernait. Révoqué pour indocilité par les Allemands qui faisaient régner l'incertitude sur les causes de cette décision, notre confrère répliquait : « Contrairement à ce qui a été dit, je n'ai pas quitté mon poste et n'ai pas offert ma démission. Je suis, je reste et je resterai le seul bourgmestre légitime de Bruxelles... Je ne vous fais pas mes adieux ; je vous dis au revoir ! » Il partait ensuite pour la prison.

Non moins éloquent, l'ordre du jour qu'au lendemain de la libération le médecin en chef de la Société nationale des chemins de fer belges adressait au Corps médical de la S.N.C.B. : « ...Je vous remercie d'avoir intelligemment interprété mes instructions ou les commentaires peut-être un peu révolutionnaires que j'ajoutais parfois à des instructions venues d'ailleurs, et je vous remercie surtout d'en avoir assuré l'exécution, souvent en y ajoutant, d'initiative personnelle, des modalités qui en augmentaient l'efficacité. Le Corps médical de la S.N.C.B. a collaboré largement, et sans marchander ses efforts, au sabotage des organisations et installations de l'ennemi, aux divers services de renseignements et même aux actions à main armée... » Il paraît, en effet, que deux ans durant, malgré les observations, les menaces et la surveillance effective des occupants, la santé des cheminots belges fut bien fragile et que, les médecins s'y mettant, les congés de maladie étaient à la fois épidémiques et débordants au point de désorganiser entièrement et définitivement certains services.

Il n'y a là qu'un aperçu d'une réalité qu'on voudrait connaître de façon plus circonstanciée ; bien des vies et des morts de médecins belges seraient à connaître et à faire connaître. Une fois encore « le Belge est sorti du tombeau » et a montré comment se prépare et se réalise l'affranchissement d'un peuple au grand cœur.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

22 *juin*. — M. Léguyer. — Crises d'épilepsie et tumeurs cérébrales.

M. Poher. — Des aménorrhées chez les aliénés.

M. Beau. — Sur le travail des cimentiers et des manœuvres dans les cuves verrées.

M. Galmiche. — La résistance et la perméabilité des vaisseaux capillaires et la vitamine P.

M. Tixier. — Sur la valeur nutritive des conserves.

Mlle Fressinaud-Masdefeix. — Anomalies pulmonaires non tuberculeuses révélées par les examens de dépistage systématique.

25 *juin*. — M. Arcuillère. — Etude pharmacologique et clinique d'un nouveau dérivé sulfamidé.

M. Autin. — A propos d'un cas de vomissement de calculs biliaires. Les calculs biliaires intra-gastriques.

M. Becuwe. — La pénicilline récupérée, préparation, essais, résultats.

M. Camlorbe Pierre. — Le service de santé de la résistance.

M. Devaux. — La gastrectomie pour ulcère est-elle une opération bénigne ?

M. Dumery. — A propos de pathogénie et de la thérapeutique de l'ulcère gastro-duodénal.

M. Lévy. — L'encéphalite de la scarlatine.

M. Rosenwald. — Contribution à l'étude des problèmes posés à l'esprit d'un médecin par le retour des déportés.

M. Schmitt. — Cécité unilatérale et ventriculite au cours d'une thrombose du sinus caverneux consécutive à un furoncle de l'aile du nez traitée par la pénicilline.

M. Simonnet. — L'association pénicilline sulfamides en thérapeutique.

M. Gorret. — A propos d'un fœtus achondroplasique.

M. Guez. — Contribution à l'étude de la tuberculose infantile.

M. Mouton. — La subluxation congénitale primitive de la hanche.

M. Maurin. —Contribution à l'étude des hémorragies secondaires du post-partum et de leur traitement.

M. Granjou. — Mortalité et accouchements gemellaires.

M. Vassy. — Etude expérimentale et clinique du dicommosol. Ses effets sur les thromboses.

26 *juin*. — M. Blanquet. — Le repérage de la glande pinéale.

M. Adam. — La silicose, maladie autonome professionnelle. Considérations médico-légales.

M. Blaise. — Etude critique de l'atrophie cardiaque dans la tuberculose pulmonaire.

M. Guenon. — Tuberculose capsulaire et tuberculose pulmonaire.

M. Le Carboulec. — La spéléotomie.

M. Lepeuple. — Les maisons universitaires de post-cure. Organisation et premiers résultats.

M. Lévy-Lamirand. — Hémoptysies tuberculeuses de l'enfant.

M. Marest. — Peut-on élargir les indications de la thoracoplastie pour la tuberculose pulmonaire ?

M. Rose. — La teneur en bacilles des lésions tuberculeuses ouvertes de l'appareil respiratoire.

M. Bilski. — Les images de Coïdis et leur aspect pleuroscopique.

M. Guillerm. — Le siège de Brest, historique de l'activité et de l'organisation sanitaire. Enseignements thérapeutiques et techniques.

M. Ketard. — Hygiène du logis rural au point de vue humain et en particulier, hygiène de la petite exploitation isolée dans le bocage normand.

Mlle Savarian. — Considérations sur la formation des jardinières d'enfants au point de vue de l'hygiène.

M. Poirier. — Recherches sur les réactions à la léproline en milieux lépreux et non lépreux.

27 *juin*. — M. Guilhem. — Le réflexe hypogastrique hypertenseur.

M. Loria. — Essai bibliographique sur l'action pharmacodynamique du chloralose.

M. Almera. — Contribution à l'étude du meloena chez le nourrisson.

M. Zola. — Formes mortelles du botulisme.

M. Frénél. — L'hépatosplenographie. Principes techniques. Indications et résultats.

M. Pequignot. — Nouveaux aspects des conventions sanitaires internationales.

M. Davaine. — Contribution à l'étude des variations provoquées par la diathermie endocrino-sympathique sur la composition de certains éléments du sang.

M. Petit. — Traitement de la méningite par la pénicilline.

M. Renault. — Etude des dermatoses.

M. Tatibouet. — L'ulcère de la 2e portion du duodénum.

M. Le Touchard. — Le traitement de la syphilis tertiaire par la pénicilline.

M. Trehan. — Les brucelloses.

M. Meckerie. — Les formes ostéo-articulaires de la leucémie aiguë.

M. Dupré. — Sur quatre cas de cancer du poumon à l'hôpital d'Amiens.

M. Giraud. — Des accidents sériques.

M. Sauquet. — D'une guérison de névrose vaso-motrice par les infiltrations de la chaîne sympathique cervicale.

M. Mignot. — Etude artériographique de vascularisation rénale.

M. Baron. — De la thérapeutique préventive et curative des thromboses.

M. Dausset. — Organisation des équipes mobiles de récolte au service central de réanimation.

M. Monod. — Les ruptures spontanées à symptomatologie trompeuse au cours de la grossesse.

M. Vittoz-Meynard. — Les hémorragies secondaires des suites de couches.

28 *juin*. — M. Baudoux. — Sur les compressions médullaires causées par des hernies discales postérieures cervicales.

M. Le Brigand. — Les paralysies cubitales des cyclistes.

M. Rouault de la Vigne. — Des troubles psychiques de l'intoxication oxycarbonée aiguë.

Mlle Petitpas. — Notions nouvelles sur le traitement des ulcères cornéens à hypopion.

Mlle Romeril. — Enseignements tirés de cinquante observations de dacryocystorhinostomie.

M. Rometti. — Complications pleuro-pulmonaires des abcès péri-néphrétiques.

M. Parisy. — Effets de l'application du mercurochrome par la méthode de Proetz.

M. Bourdon. — L'abord de l'articulation temporo-maxillaire par voie rétro-auriculaire.

M. Philippon. — Du kyste du larynx.

M. Cadoret. — Du rein ectopique pelvien congénital.

M. Deman. — Médecine et médecins dans l'œuvre de Maxence Van der Meersch.

M. Huret. — Les tumeurs pharyngées.

M. Decerisy. — Montaigne et la science médicale.

THESES VETERINAIRES

18 *avril*. — M. Raucoules. — Du diagnostic de la gestation chez la jument et chez la vache par la méthode Cuboni.

M. Metzquer. — Recherches sur la valeur nutritive de l'hydrolysad du sang.

M. Hidiroglou. — Monographie du cheval dans la sculpture grecque.

M. Lamotte. — La brucellose équine.

M. Thuillier. — Le contrôle hygiénique du lait à l'étable dans le département de la Seine.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 10 JUILLET 1945

La mortalité infantile dans le département de la Seine pendant l'hiver 1944-1945. — MM. LESNÉ, HUBER et ROUECHE. — Le Comité National de l'Enfance juge indispensable d'informer les pouvoirs publics des effets désastreux quant à la mortalité infantile de l'absence de chauffage pendant le dernier hiver.

Dans l'ensemble de la France la mortalité des enfants de moins d'un an est montée à 9,2 % en 1941 et 7,5 % en 1943 (6,5 % en 1937). Dans la Seine : 7 % en 1941, 7,5 % en 1943 (5,4 % en 1937).

Dans la Seine on trouve pour les mois d'hiver les mortalités suivantes :

Janvier 1945, 13 % (janvier 1944, 6,7 %).
Février 1945, 13,7 % (février 1944, 7,6 %).
Mars 1945, 10,9 % (mars 1944, 10,2 %).
Avril 1945, 9,4 % (avril 1944, 7,5 %).

La rigueur de la saison est seule ici en cause et non le régime alimentaire demeuré inchangé pour les tout-petits.

A Paris, les maternités mal chauffées, et elles seules, ont vu augmenter, surtout pour des débiles, leur mortalité (2,07 % en 1938 — 3,68 % en 1945).

Au-dessous de 2 ans la mortalité a augmenté de 14,5 % à 40 % suivant l'hôpital considéré. Les mortalités à l'admission entre 4 % et 18 % selon les hôpitaux.

L'encombrement a causé, tant dans les hôpitaux que dans les familles mêmes, des contagions intérieures (affections respiratoires et otites surtout).

L'Académie adopte à l'unanimité, à l'intention des pouvoirs publics et des Alliés, le vœu suivant : « Il est urgent de prévoir pour l'hiver prochain une distribution prioritaire et suffisante de charbon et de lainages dans les familles qui comprennent de jeunes enfants. »

Chromovaccination de la poule contre le choléra. — M. P. REMLINGER.

A propos de l'influence de la vaccination par l'anatoxine diphtérique sur la morbidité et sur la mortalité par diphtérie. — M. RAMON. — Malgré la sérothérapie la dipthérie était demeurée à New-York une maladie redoutable.

Depuis 1924 les médecins américains ont adopté la vaccination par l'anatoxine. Entre 1925 et 1929 200.000 vaccinations ont été faites; le millionième enfant fut vacciné en 1933.

La mortalité diphtérique des enfants de moins de 15 ans est tombée de 86,4 pour 100.000 en 1910-1919 à 0,4 pour 100.000 en 1944.

Diphtérie et vaccination par l'anatoxine de Ramon dans le département d'Eure-et-Loir. — M. BASSE et Mlle DAUVÉ (présentation par M. RAMON). — 196 cas de diphtérie ont été observés en 1944 ; 44,3 % seulement étaient des enfants ; 55,6 %, au contraire, avaient de 14 à 21 ans (milieu peu ou pas vacciné) ; 3,57 % seulement des malades avaient été correctement vaccinés ; aucun n'est mort. Les sujets partiellement vaccinés représentent 31,11 % avec une mortalité de 3,26 %. Chez les non-vaccinés la proportion des cas est de 65,3 % avec une mortalité de 7,8 %.

L'injection de rappel semble d'une importance toute particulière.

Nouvelles remarques sur la question du lait pasteurisé certifié en France. — M. GUITTONNEAU (présentation par M. LESNÉ). — Depuis février 1945 on réussit à distribuer chaque jours à Paris près de 60.000 litres de lait pasteurisé certifié aux enfants de moins de 18 mois. Bel effort qu'il faut poursuivre et développer. Trois épreuves de base permettent une surveillance efficace : épreuve de phosphatase, épreuve de colimétrie, dénombrement de la flore banale.

L'Académie adopte à l'unanimité les vœux suivants :

1° Améliorer la production du lait ;

2° Multiplier les ateliers bien organisés de pasteurisation ;

3° Aider les industriels de bonne volonté à obtenir les moyens nécessaires pour préparer dans les meilleures conditions possibles un lait pasteurisé contrôlé d'excellente qualité pour les nourrissons.

Recherches sur les conséquences de la dénutrition et leur mécanisme d'apparition. — MM. GIROUD et DESCLAUX. — Des cobayes ont été mis à un régime de restriction globale sans déséquilibre. Il se produit une altération considérable du lobe antérieur de l'hypophyse ; cellules acidophiles et basophiles perdent leurs caractéristiques fonctionnelles. Or, elles sont la source des stimulines, hormones réglant l'activité des glandes endocrines. Les altérations dues à la dénutrition peuvent donc se répercuter gravement sur le fonctionnement de l'appareil endocrinien.

Election. — M. VERGE est élu membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire en remplacement de M. Gabriel Petit, décédé.

SÉANCE DU 17 JUILLET 1945

Rapport de la Commission des Colorants autorisés dans les produits alimentaires. — M. TANON.

Le développement du réticulum collagène dans les cirrhoses. — M. FIESSINGER. — Le développement du réticulum collagène dans les cirrhoses n'est pas subordonné à une réaction inflammatoire lympho-conjonctive. L'auteur souligne l'intérêt des découvertes de Nageotte et Mlle Guyon sur les formations artificielles de collagène dans les solutions optiquement vides, constatations qui posent le problème d'une collagénéciation d'origine humorale. La réticulose hépatique expérimentale après sclérose splénique apporterait à ce problème une solution. L'auteur, résumant des essais infructueux de provocation d'une réticulose artificielle hépatique par injection par diverses voies de collagène dissous, insiste sur la complexité de ces processus et l'intervention de réactions cellulaires difficiles à déterminer.

La distribution du lait concentré. — M. GORIS. — Fabrication française et apports alliés ont créé une importante disponibilité en lait concentré sucré ou non : 1.300.000 caisses de 48 boîtes pour atteindre fin mars 1946 (début de l'année laitière).

Le Ravitaillement, dans la crainte d'une pénurie totale de lait frais l'hiver prochain, ne fait que des distributions parcimonieuses et se refuse à tenir compte des avertissements des techniciens quant à la conservation de laits déjà fabriqués depuis longtemps.

Bien plus, les quantités mensuellement débloquées — et trop faibles — ne sont pas toujours consommées, car : 1° le Corps médical ignore les disponibilités ; 2° certaines mairies refusent les tickets, même après présentation d'un certificat médical régulier ; 3° les allocations de chaque enfant (1/2 litre par jour jusqu'à 6 mois) sont trop faibles.

L'Académie adopte à l'unanimité les vœux suivants :

1° Extension des catégories de bénéficiaires : Enfants jusqu'à 18 mois au moins et éventuellement J1, J2 et V ;

2° Augmentation de la ration des bébés : lait sucré, 30 boîtes au lieu de 16 (0 à 6 mois, 12 à 18 mois), 24 boîtes au lieu de 20 (6 à 12 mois). Augmentation équivalente du lait non sucré ;

3° Suppression des visas des Conseils de médecins, fastidieux et aujourd'hui superflus ;

4° Instructions précises données aux mairies.

L'Académie rappelle les conditions de préparation propres aux laits étrangers.

Un cas d'oxychomycose dû à l'aspergillus fumigatus Fresenius. — MM. A. et R. SARTORY.

Note historique sur une réaction d'hémo-diagnostic et son application à la Quarantaine de New-York pour le dépistage du typhus exanthématique. — MM. BOHEC et CLERC (présentation par M. TANON). — En 1921, pendant une épidémie de typhus en Europe centrale et orientale, les médecins du Public Health Service adoptèrent la réaction de Weill-Félix à l'examen des émigrants suspects. Le Dr Holt pratiqua un examen extemporané qui permettait, en trois minutes, d'obtenir, à des taux précis, des agglutinations de protéus X 19 visibles à l'œil nu et à la loupe. Dès l'arrivée des navires, des cas typiques et atypiques furent ainsi dépistés et isolés. Les résultats montrèrent l'efficacité de cette méthode.

Les séquelles humorales de la phlébite. — Action corrective sur la densité sanguine du traitement hydrominéral à grand débit de Barbotan. — MM. SERVANTIE, P. et A. PITOUS (présentation par M. HARVIER). — La phlébite provoque dans l'organisme une perturbation telle que, même après guérison clinique, on trouve dans le sang une augmentation de la densité typique et durable. Un des facteurs de cette augmentation est la perte en eau du plasma ; cet élément conserve sa constance malgré l'influence en sens inverse d'une anémie globulaire concomitante éventuelle.

Il s'agit donc d'un signe humoral typique des phlébites anciennes cliniquement guéries.

Le traitement carbo-gazeux à grand débit de Barbotan agit sur la densité sanguine.

Sur la production du sérum antidiphtérique. — MM. LE MÉTAYER, LAFFAILLE, NICOL, LAMY, O. GIRARD (présentation par M. TRÉFOUËL). — L'immunisation par l'anatoxine-tapioca paraît très épuisante pour le cheval ; il existe une forte mortalité chez les producteurs de sérum en raison des œdèmes et abcès étendus dus au tapioca.

Devant la rareté et le prix actuels des animaux, les auteurs ont abandonné le tapioca, l'œdème dû à l'anatoxine seul ralentissant assez la résorption de l'anatoxine pour permettre une bonne production d'antitoxine.

Après 18 mois d'essais à grande échelle, ils constatent un abaissement très sensible de la mortalité équine dans les 6 premiers mois, un rendement en qualité et quantité meilleur, un moindre déchet par opalescence du sérum : moins de sérum à

titre antitoxique faible, autant de sérum à titre élevé ; une élévation du titre moyen. La suppression du tapioca permet donc d'obtenir une diminution de la mortalité et une amélioration du rendement quantitatif et qualitatif.

Discussion : M. Ramon annonce son intention de revenir prochainement sur ce sujet.

Nécrologie. — Le président annonce le décès de M. Jeanneney (de Bordeaux), correspondant national.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 11 juillet 1945

Gonioguide pour enchevillement du col du fémur. — M. Front. — M. Cadénat indique le principe de cet appareil.

La réanimation-transfusion dans la chirurgie de guerre. — MM. Royer et Arviset. — M. Merle d'Aubigné rapporte ce travail dans lequel les auteurs ont colligé des observations démontrant l'intérêt du déshockage pré-opératoire ; certaines interventions cependant ont une influence favorable sur l'évolution du shock.

126 interventions pour plaies viscérales de l'abdomen. — MM. Taylor et Gillet exposent les principes qui ont guidé le traitement de cette catégorie de blessés ; les auteurs ne semblent pas avoir tiré grand bénéfice de l'emploi systématique de la pénicilline. Ils se demandent si les très larges perfusions utilisées ne sont pas quelquefois sans inconvénient (anurie post-opératoire).

Les indications de la ligature de l'artère fessière. — MM. Lagrot et Favre. — M. Patel rapporte ce travail basé sur cinq cas.

La chirurgie électrique dans les lésions ano-rectales : a) **hémorroïdes volumineuses ;** b) **prolapsus muqueux et hémorroïdaire.** — M. Heitz-Boyer.

Dissociation du pouls et de la tension dans les oblitérations artérielles. — MM. Ducastaing et M. Mattéi. — M. S. Blondin discute le mécanisme de cette dissociation dont la constatation est d'ailleurs assez rare.

Vacances. — La prochaine séance aura lieu le 17 octobre 1945.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 Mai 1945

Syphilis trachéale grave. Trachéoscopie d'urgence. — MM. Troisier, Brouet, Tulou et Mlle Noufflard. — Femme de 39 ans, hospitalisée dans un état grave pour troubles respiratoires croissants dont la trachéoscopie d'urgence permit de reconnaître la nature syphilitique et de constater une sténose serrée obstruant la lumière du conduit et dont l'extirpation immédiate amena la guérison. Il s'agissait d'une forme infiltrante diffuse de syphilis trachéale.

Volumineuse tumeur kystique bronchique. — Opération. — Guérison. — MM. Véran, Pichat et Geffriaud (Nantes). — Un pneumothorax explorateur fait reconnaître une tumeur accolée au médiastin et à la crosse aortique. Guérison rapide sans incident, au bistouri électrique. Il s'agissait d'une dysembryoplasie d'évolution kystique née aux dépens d'un bourgeon bronchique très proximal.

Cachexie thyroïdienne avec arythmie complète sans signes proprement basedowiens. — MM. Decourt et Verdier. — Dans le cas cité, il n'existait ni goitre, ni exophtalmie, ni tremblement. Le seul signe pouvant faire soupçonner la thyréotoxicose était l'existence d'une arythmie complète avec tachycardie (90), sans signes de lésions orificielles ; l'origine thyroïdienne étant signée par l'élévation considérable du métabolisme basal (95 pour 100).

Deux cas de sténose bronchique bilatérale syphilitique. — M. Lemoine. — Dans les deux cas, il s'agit de femmes (52 et 49 ans), les sténoses paraissant les suites cicatricielles de gommes syphilitiques avec ou sans adénopathie : cas plus rares que les sténoses bronchiques d'origine tuberculeuse.

Augmentation de la morbidité tuberculeuse en rapport avec la sous-alimentation. — M. Et. Bernard a observé dans un secteur parisien une augmentation nette de la morbidité tuberculeuse en rapport avec la sous-alimentation (formes graves, envois en préventorium).

Traitement des tuberculoses cutanées (lupus vulgaire) par la vitamine D^2 à hautes doses. — M. Degos aurait obtenu des résultats heureux dans le traitement du lupus tuberculeux par la vitamine D^2 à hautes doses associée au gluconate de calcium.

L'adrénaline intra-veineuse. — Epreuve cardio-vasculaire. — 1° (*Chez les sujets normaux.*) — MM. Riser, Planque, Becq, Dardenne ont pratiqué 300 injections intraveineuses d'adrénaline à la dose de 1/60e de milligramme : tolérance parfaite. Chez les sujets normaux, leur sensibilité est fort variable et ne saurait indiquer une tendance végétative globale dans un sens ou dans l'autre. Elle constitue une épreuve de l'état cardiaque intéressante.

2° (*Chez les cardiaques.*) — MM. Riser, Planque, Becq, Dardenne ont utilisé l'injection intraveineuse d'adrénaline à 62 cardiaques, dont 20 atteints d'angine de poitrine et 25 d'insuffisance ventriculaire gauche. Epreuve bien tolérée ayant fréquemment mis en évidence une insuffisance du myocarde et des troubles coronariens latents, alors que l'électro-cardiogramme de repos et après effort global étaient normaux.

3° (*Chez les hypertendus artériels.*) — MM. Riser, Planque, Becq, Dardenne Berthon. — Chez les hypertendus artériels, cette épreuve mettrait en évidence une hypersensibilité spéciale, mais sa tolérance est parfaite. Chez ces malades, l'épreuve a le même intérêt d'exploration du myocarde et des coronaires que chez les sujets normaux, mais elle ne permet pas d'affirmer le caractère malin d'une hypertension et de reconnaître les hypertensions malignes à leur plus grande sensibilité au test.

Séance du 1er juin 1945

Intoxication par le trichloréthylène. — MM. Léchelle, Vialard et Petit-Collot. — Observation d'une tentative de suicide par ingestion de trichloréthylène, s'étant manifestée par une hépato-néphrite avec ictère, réaction de Gmelin et de Hay, oligurie, albuminurie et azotémie passagère. Evolution favorable, guérison en 20 jours.

Septicémie à méningocoques ayant duré 3 mois et demi guérison spectaculaire par la sulfapyridine. — MM. Corcos, Dana et Mme Sparrow (Tunis). — Un cas de septicémie à méningocoque chez un indigène tunisien dont l'éruption importante simulait l'exanthème de la fièvre boutonneuse. Un méningocoque fut isolé par hémoculture. Guérison en 24 heures par administration de la sulfapyridine.

Septicémie à staphylocoques à forme prolongée. — MM. Corcos, Dana, Cohen et Mme Serafino. — Observation de cette forme caractérisée par l'apparition d'un grand nombre d'abcès sous-cutanés et ganglionnaires. Guérison après 3 séries de pénicilline et plusieurs traitements sulfamidés.

A propos du traitement de la lèpre par les sulfamides. — M. Flandin.

SÉANCE DU 8 JUIN 1945

Epidémie familiale de botulisme bénin consécutive à l'ingestion d'un jambon. — M. DEREUX (de Lille).

Ophtalmoplégie totale et complète d'origine diphtérique. — M. DEREUX (de Lille). — Observation d'un malade de 50 ans ayant présenté, 15 jours après une angine d'origine diphtérique, une polynévrite des membres inférieurs avec paralysie du voile et ophtalmoplégie totale et complète, ce qui est exceptionnel.

De la flottation des bactéries. — M. L. GOUGEROT, présenté par M. FIESSINGER. — Résultats d'un travail expérimental sur les propriétés de surface des bactéries, étudiées par leur aptitude à se fixer à une inter-surface gaz-liquide. On a pu tirer de ces recherches une application importante, soit la recherche du bacille de Koch par la méthode des mousses.

Les lésions initiales de la périartérite noueuse. — M. NICAUD insiste sur le fait que la biopsie reste le seul élément de diagnostic de la périartérite noueuse. Il y aurait trois stades. Au stade initial, les lésions sont très nettes. Ce n'est que tardivement que la media et l'adventice sont tranformées en un tissu plus ou moins fibroïde. C'est la connaissance des stades initiaux de la maladie qui démontre la périartérite proprement dite et l'existence des nodosités péri-artérielles si caractéristiques.

Les lésions lymphatiques au cours des artérites. — M. NICAUD. — Observation d'un homme de 55 ans atteint d'une artérite des membres inférieurs avec phénomènes douloureux permanents, intenses et paroxystiques. Une artériectomie permit une étude anatomique des lésions ; athéromateuses et intenses sur le segment enlevé chirurgicalement, sclérose de la capsule des ganglions sympathiques : ce qui permet d'affirmer qu'il peut exister dans les artérites des lésions associées vasculaires et sympathiques.

SÉANCE DU 15 JUIN 1945

A propos de la communication antérieure (8 juin), de M. NICAUD sur les lésions sympathiques au cours des artérites. — M. POUMEAU-DELILLE déclare que sur les sujets résistants, l'artériectomie est le meilleur traitement et que chez les sujets moins résistants, on doit préférer l'intervention sur le sympathique.

Un cas de diabète insipide avec dissociation permanente extrême entre la soif et la polyurie. — MM. KOURILSKY, HINCLAIS et Mlle WELTI. — Observation chez une fille de 15 ans d'un diabète insipide caractérisé par une polydipsie grave (14 litres par jour) avec une polyurie de 6 à 7 litres. Ce fait constitue un argument contre la pathogénie uniciste de la polyurie primitive : il apporte un élément séméiologique nouveau dans la forme polydipsique du diabète insipide, il démontre un grand dérèglement de l'élimination extra-rénale de l'eau.

Considérations sur les sténoses bronchiques des tuberculoses pulmonaires à propos de 24 cas. — MM. LÉTACON et MAGNIN (d'Hauteville). — Observation faite sur les tuberculeux pulmonaires de la station d'Hauteville. C'est la bronchoscopie qui en a démontré la réalité : sténoses infundibuliformes ou rétrécissement en fente. Ces lésions peuvent guérir spontanément ou s'améliorer par aspirations bronchiques, quelquefois amener la mort par complications propres.

Paradoxes de l'atélectasie pulmonaire massive. Sténose bronchique et bronchectasie sous-cavitaire des tuberculeux. — MM. AMEUILLE, LEMOINE et BERTHET. — On ne doit pas poser le diagnostic d'atélectasie pulmonaire massive sur l'aspect radiologique des indurations pulmonaires rétractiles. Jamais ces aspects ne correspondent à de l'atélectasie pulmonaire pure. Chez les tuberculeux on les voit dans les sténoses bronchiques ou dans les bronchectasies sous-cavitaires.

Polyurie permanente isolée sans polydipsie. — MM. R. KOURILSKY et LARCET ont observé chez un homme de 63 ans une polyurie permanente sans modification de la soif. L'origine du syndrome était, sans doute, une complication infectieuse d'origine otitique. Ce cas peut apporter une preuve de la dissociation possible entre la polyurie et la soif et démontrer qu'il existe des polyuries isolées. Il existerait donc une véritable gamme entre la polydipsie et la polyurie, notion pouvant remplacer celle du diabète insipide.

SOCIETE DE MEDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

SÉANCE DU 14 JUIN 1945

La podologie dans l'armée. — M. TOUBERT. — La podologie, qui vient d'être réglementée officiellement en milieu civil (loi du 20 mars 1944), est appelée à jouer un rôle important dans l'armée. On peut admettre qu'en périodes pénibles, 20 à 25 % de l'effectif est immobilisé temporairement par des lésions des pieds, superficielles ou profondes. Un service de pédicurie, organisé au Val-de-Grâce en 1944, rend déjà de grands services. Il serait souhaitable de compléter cette réalisation en créant un service de podologie médicale, ainsi qu'un service de podologie chirurgicale, destiné à réaliser les interventions actuellement bien codifiées, telles que : excisions, résections, arthroplasties etc... Le chirurgien osseux est tout désigné pour pratiquer, après initiation, cette chirurgie spéciale.

Une nouvelle méthode de localisation des projectiles, se servant du principe de la méthode de Patte. — M. BOUTON pratique, en même temps que le repérage du projectile, celui d'un index opaque situé sur la peau, de façon à apprécier la distance du projectile à la peau et non pas à l'écran. Il emploie pour mesurer cette distance une réglette spéciale.

Adaptation du matériel radiologique du service de Santé au dépistage de la tuberculose dans les camps de prisonniers. — M. GESTEAU expose comment, en zone occupée, le dépistage de la tuberculose dans les camps et kommandos a pu être effectué en adaptant le matériel radiologique du service de Santé récupéré à la pratique des examens de radioscopie systématique.

Un nouveau cas d'abcès du poumon asséché après radiothérapie fonctionnelle du carrefour carotidien. — MM. DIDIÉE, BESNOIT et COSSE rapportent l'observation d'un sujet de 24 ans atteint d'abcès métastique du poumon à la suite d'une intervention pour appendicite gangréneuse. L'aggravation progressive de l'état général fait craindre un pronostic fatal. Cependant quatre applications de rayons X sur le carrefour carotidien (KV 150 — AL 15 — FP 31) faites en 15 jours à la dose de 60 rtg. chacune (60 r BH N° 4), soit 240 r. au total, sont immédiatement suivies d'une transformation de l'état général et d'une évolution telle des signes physiques fonctionnels et radiologiques que, trois mois après, le malade peut être considéré comme cliniquement guéri. Ce cas est le troisième observé par les auteurs.

La pratique de la radio-photographie dans les pays anglo-saxons. — M. PROTON. — La photographie de l'écran est pratiquée sur une grande échelle pour le dépistage de la tuberculose dans les armées anglaises et américaines, sous le nom de « mass-radiography ». Des équipes parfaitement organisées et disposant d'un excellent appareillage fonctionnent notamment dans la R.A.F. et dans la marine anglaise. Les résultats paraissent comparables à ceux de la radioscopie systématique avec l'avantage sur cette dernière de laisser un document objectif.

CHRONIQUE

Le Centenaire d'Alphonse Laveran

Sous la présidence d'honneur du médecin général inspecteur H. Vincent, a été célébré, le 12 juillet, le centenaire d'Alphonse Laveran. Le matin, au Val-de-Grâce, inauguration du monument ; l'après-midi, à la Sorbonne, séance solennelle sous la présidence de M. Diethelm, ministre de la Guerre, et en présence de Mme Laveran, que les orateurs ont remercié d'avoir su entretenir au foyer du Maître une ambiance de bonté souriante et de calme, précieuse à la recherche.

Les corps de santé des armées américaine, britannique et russe s'étaient fait représenter, l'Institut de France, la Faculté de médecine et la Faculté de pharmacie, le corps des hôpitaux, comptaient nombre des leurs dans l'assistance. M. le recteur Roussy et des représentants du haut enseignement des diverses disciplines étaient présents.

Parmi les représentants du corps de santé militaire groupés autour du ministre et du médecin colonel Debenedetti, on remarquait les médecins inspecteurs généraux Jame, Rouvillois, Toubert, Vaucel, Sioé et Arène, les médecins généraux Clerc (de l'Air), C. Chuiton (de la Marine), Galan, Costedoat, Rieux, un grand nombre d'officiers du corps de santé militaire et du service vétérinaire. L'Institut Pasteur était présent avec MM. Tréfouel, Noël Bernard, Ramon, rappelant ainsi cette autre période de la vie de Laveran, que Mme Phisalix, présente elle aussi, a si bien retracée.

Nul n'était plus qualifié pour présider cette cérémonie et pour parler de Laveran que M. Hyacinthe Vincent, dont l'œuvre magnifique et inégalée honore si grandement la science française.

En habit de membre de l'Institut, la poitrine barrée du grand cordon de la Légion d'honneur, le **professeur Vincent,** le premier, évoque l'homme et le savant.

Après avoir remercié le ministre, M. Diethelm, et les délégués officiels des nations alliées, présents à cette cérémonie solennelle, le professeur Vincent expose les principaux événements de la vie de celui auquel on doit la magnifique découverte du « Plasmodium malariœ », à une date où la nature parasitaire ou infectieuse des maladies était à peine soupçonnée.

Agrégé, puis professeur au Val-de-Grâce, Alphonse Laveran termina son existence scientifique si remplie à l'Institut Pasteur, où il découvrit une trentaine d'espèces parasitaires nouvelles.

Laveran a fait connaître non seulement l'agent pathogène du paludisme, mais encore son mode de transmission et d'inoculation par les moustiques. Confirmée par Patrick Manson, puis par Ronald Ross, enfin partout où existe cette maladie si répandue, cette découverte « a « permis l'occupation et l'extension fructueuse de vastes territoires autrefois dé- « serts, malgré la fécondité de leur sol ».

Après avoir décrit certaines particularités du caractère de Laveran, M. le professeur H. Vincent rappelle les honneurs sans nombre qui lui furent attribués. Il termine ainsi : « On peut dire d'Alphonse « Laveran qu'il fut un de ceux que Clau- « de Bernard comparait à des flambeaux « qui brillent de loin en loin pour guider « la marche de la science ».

« Inclinons-nous avec admiration et « avec respect devant sa mémoire. S'il « fut un très grand savant, s'il fut un « précurseur insigne, il a été aussi, par « ses découvertes, un bienfaiteur de l'hu- « manité ».

Le médecin général inspecteur **Jame** parle ensuite de travaux moins connus, mais qui encadrent dignement l'œuvre maîtresse : clinique des maladies contagieuses, hygiène militaire en paix et en guerre, travaux où s'affirment les mêmes traits d'un savant hors pair.

Le médecin général **Rieux** réussit à condenser sans rien perdre de sa coutumière clarté, la genèse et le développement des travaux majeurs, du paludisme prélaveranien, à la découverte du 6 novembre 1880, à la description du parasite et de son évolution, et à son mode de propagation. L'œuvre anatomo-clinique, aussi, qui donne ses limites au paludisme et en individualise les formes authentiques que Laveran dégage de la broussaille des formes larvées.

L'Institut Pasteur, qui vit la seconde moitié de la carrière de Laveran, lui apporte par la voix de son sous-directeur, le Dr **Noel Bernard,** l'hommage d'une admiration fidèle. Dans le laboratoire qu'on lui offrit, Laveran, après 1897, fonda le Protozoologie ; grâce au prix Nobel, il l'agrandit et le transforma et donna à cette science nouvelle un essor vigoureux ; clinique, prophylaxie, traitement des affections exotiques, Société de pathologie exotique, l'Institut Pasteur de Brazzaville en sont l'épanouissement, ainsi que la lutte contre la maladie du sommeil, second écueil de la colonisation après le paludisme. Ainsi la France a-t-elle dans Laveran l'un des fondateurs de son Empire d'outre-mer.

Directeur général du Service de Santé au Ministère, le médecin colonel **Debenedetti,** avec sa flamme coutumière, apporte l'hommage du Service de Santé ; il retrace spirituellement la carrière du maître, sa retraite anticipée, incompréhensible, alors que Laveran réalisait si fidèlement le médecin militaire, tel que l'armée nouvelle s'efforce de le former.

M. **Diethelm** enfin montre la difficulté qu'il y a à choisir les hommes et à leur choisir leur poste. Les résultats de l'activité du Corps de Santé dans la récente campagne montrent cependant qu'il n'y a pas là un idéal irréalisable.

C'est au Corps de Santé et à ses morts que s'adressait aussi l'hommage d'un magnifique poème symphonique du médecin-colonel Debenedetti par lequel, après les hymnes nationaux, débutait la partie musicale de cette commémoration. La musique de la Garde Républicaine et son nouveau chef, M. Brun, surent en dégager la noblesse et l'émotion. La Symphonie, sur un chant montagnard de Vincent d'Indy, avec Jean Doyen au piano, fut éblouissante, la Grande Toccata et la Fugue, en si mineur de J.-S. Bach, trouvèrent dans la splendeur des cuivres et l'étonnante finesse des bois, des interprètes auxquels l'orgue pouvait porter jalousie ; la marche héroïque de Saint-Saëns apporta enfin à la cérémonie sa digne conclusion.

R. L.

NECROLOGIE

Morts pour la France

On annonce le décès survenu en captivité, victime des nazis, du Dr Mazurier, de Saint-Maurice-sur-Moselle (Meurthe-et-Moselle).

— Du Dr Lapierre de la Bresse (Vosges), mort au camp de Mulhausen.

— Du Dr Charle, de Docelle (Vosges), décédé au cours de sa déportation en Allemagne.

— Du Dr Lhoste, de La Flèche, déporté au camp de Dachau où il a succombé au typhus.

— De M. Roger Cazala, ancien interne en pharmacie des hôpitaux de Paris. Déporté politique, il fut astreint à des travaux de force dans une mine de l'Erzgebirge et succomba au camp hôpital de Flossenburg (Bavière).

Il était le fils de M. Cazala, pharmacien à Châteauroux, décédé, le gendre de notre confrère et ami le Dr Cany (de La Bourboule), le beau-frère des Drs Germain et Jean Cany, et le neveu de notre ami le Dr Pespère (du Mont Dore).

Il laisse six enfants dont trois en bas âge.

— Du Dr Sayer, de Chatel (Vosges), fusillé par les Allemands en septembre 1944.

— Le Conseil départemental du Morbihan annonce la mort du Dr J. Lecoq, de Ploumelec (Morbihan), fusillé le 27 janvier 1944 au fort de Penthièvre (presqu'île de Quiberon).

— Nous apprenons enfin la mort, survenue en Allemagne où il était déporté, du Dr Rodocanachi (de Marseille), qui dans la Résistance, tint héroïquement tête aux Allemands.

Le Dr Henri Cambessedès, ancien interne des hôpitaux de Paris (1913), ex-chef de clinique à la Faculté, chargé des fonctions d'agrégé d'hygiène, inspecteur général technique des services d'hygiène à la Préfecture de police, est décédé à Paris, le 16 juillet 1945, à l'âge de 58 ans. Notre confrère laisse huit enfants dont l'aîné, ancien interne des hôpitaux, est docteur en médecine. Nous lui adressons l'expression de notre très profonde sympathie.

LE PROF. ALBERT LAQUERRIERE

(1874-1945)

Avec Laquerrière disparaît un des survivants de cette période où, à côté de l'électrologie en plein essor, prend place la radiologie naissante.

Il ne tarda pas à se mettre au premier plan en publiant de très nombreux travaux sur l'ensemble des questions de la spécialité qu'on peut retrouver dans les bulletins de la Société Française d'Electrothérapie, de ceux de la Société l'Electro-Radiologie médicale de France, dans le « Journal de Radiologie et l'Electrologie » et dans les principaux périodiques. Il a collaboré à ces publications pendant plus de 30 années.

En dehors des questions scientifiques, il s'intéressait aussi aux questions professionnelles et c'est lui qui fonda ce qui est aujourd'hui le Syndicat National des Médecins Electro-Radiologistes qualifiés.

Il fut un des créateurs de l'enseignement de l'électro-radiologie organisé par les électro-radiologistes des hôpitaux en 1913. Par la suite, il devint chef de service à l'hôpital Hérold.

Pendant la guerre 1914-1918, Laquerrière organisa la région de Rennes, puis il partit au front comme radiologiste-expert et après un séjour d'un an et demi il revint de par sa classe à l'intérieur, et dirigea les services de la région du Mans.

Laquerrière de par ses travaux était très connu à l'étranger si bien que quand l'Université de Montréal demanda un Français pour faire dans cette ville l'enseignement de l'électro-radiologie, il eut l'honneur d'être choisi et pendant sept années il professa à l'hôpital Notre-Dame avec ce bon sens clinique et cette finesse qui lui était toute particulière. Le gouvernement français couronna ses efforts en le nommant Officier de la Légion d'honneur.

Comme tous les précurseurs, il paya son tribut aux rayons X, il subit deux opérations ; son sang n'échappa pas non plus à leur emprise et cela contribua à hâter sa fin. Elle fut calme comme celle d'un bon ouvrier qui, sa journée de labeur consciencieusement remplie, s'endort du sommeil du Juste.

Il fut en tous points un parfait honnête homme, plein de bonté, de droiture inflexible, ses qualités du cœur égalaient celles de l'esprit. Son accueil était toujours franc et cordial fait de rondeur, de bonhomie, de simplicité, que couronnait une très grande modestie.

A Mme Laquerrière et à sa famille, « la Gazette » présente l'expression de ses bien vives condoléances.

Science sans conscience, a dit Rabelais il y a quelque quatre cents ans, c'est la ruine de l'âme. Science et conscience, tel fut Laquerrière.

Dr DELHERM.

INTERETS PROFESSIONNELS

L'aide suisse aux enfants des médecins français et belges victimes de la guerre

Nous avons certes beaucoup de sujets de gratitude envers nos alliés, et en particulier les Américains qui, sous tant de formes, nous ont prouvé leur amitié, mais quelle ne doit pas être notre reconnaissance envers un pays neutre, la Suisse, pour tout ce que sa Croix-Rouge a su réaliser si noblement depuis le début de la guerre, en faveur de nos soldats prisonniers, car, hélas, les déportés dits politiques n'étaient pas protégés par la convention de Genève.

Et voici qu'un journal de Genève « Médecine et Hygiène », nous apporte une nouvelle preuve de l'amitié suisse.

Le 3 juillet dernier, le Dr Robert d'Ernst (de Genève), qui est un ami très cher pour beaucoup d'entre nous, a demandé à la Chambre médicale suisse, à Berne, de collaborer à une aide du Corps médical suisse aux enfants de médecins français et belges victimes de la guerre.

Robert d'Ernst a rappelé que, d'après la « Presse médicale », il y a eu en France, de 1939 à 1945, plus de 1.200 médecins rapatriés, prisonniers ou déportés, 800 médecins sinistrés à 100 %, 152 disparus sous les bombardements et 116 fusillés.

Il s'agit donc de secourir plus de 500 orphelins, dont la plupart sont dans une grande détresse.

La Croix-Rouge suisse a fixé à 300 le nombre des enfants français et belges à recevoir en Suisse, soit 200 enfants de médecins, et 100 enfants de médecins-dentistes. Ces enfants devront être âgés de 4 à 13 ans et être dans un état déficient, la durée de l'hébergement sera de 3 mois, pendant lesquels les médecins suisses invitants subviendront à tous les frais de séjour ou de prolongation de séjour par suite de maladie ou d'accident.

On voit quelle est l'importance de l'aide de nos confrères suisses ; ils acceptent avec leur générosité ordinaire et leur amitié indéfectible une charge très lourde.

A tous les médecins et médecins-dentistes suisses, mais d'abord à notre ami le Dr Robert d'Ernst et à l'Association des médecins du canton de Genève, initiateurs de ce magnifique mouvement de solidarité, ira toute la profonde reconnaissance des confrères français.

F. L. S.

CHRONIQUE MILITAIRE

Démobilisation partielle des médecins de réserve

Nos précédentes chroniques (1) nous ont attiré un certain nombre de questions :

Pourquoi a-t-on mobilisé tant de médecins ? En raison de la reconstitution de l'armée, le gouvernement a été obligé de prévoir un service de Santé correspondant à l'importance des effectifs nouveaux. Mais il y avait aussi à relever les médecins de l'armée combattante, celle qui, de Bir-Hakeim au lac de Constance, n'a pas eu de repos. On a dû en outre constituer, en quelques jours, les cadres médicaux du ministère des Prisonniers et Déportés.

Or, grâce aux Américains, nos frères prisonniers sont revenus des geôles allemandes à un rythme bien supérieur à celui qui était prévu : **Paris a reçu en un jour plus de 40.000 prisonniers rapatriés, tandis qu'on en attendait le tiers.**

Des équipes de médecins militaires furent mises sur pied en quelques heures pour organiser les examens médicaux des nombreux soldats avant leur retour au sein de la famille qu'ils risquaient de contaminer si le nécessaire n'était pas fait.

Actuellement, la guerre d'Europe ayant cessé, il ne reste plus qu'à assurer le service des troupes d'occupation, aussi le gouvernement a-t-il décidé plusieurs mesures de démobilisation des médecins de réserve.

Comment se fera cette démobilisation ?

A partir du 5 juillet 1945, sont automatiquement démobilisés les médecins officiers et aspirants et les médecins auxiliaires, ainsi que les pharmaciens et dentistes de mêmes grades, pourvu qu'ils appartiennent **aux classes 1929 et plus anciennes.** D'autre part, **les pères de famille de trois enfants et plus sont démobilisés quelle que soit leur classe** ; les médecins plus jeunes que ceux de la classe 1929, s'ils ont trois enfants — et il y en a — seront touchés par cette mesure.

Sont en outre démobilisés tous les médecins membres de l'Enseignement médical, de même les médecins fonctionnaires, sauf ceux de la Santé publique ; c'est ainsi que les médecins sous-préfets pourront réintégrer leurs sous-préfectures. Cependant dans cette catégorie, nos confrères pourront demander un engagement renouvelable pour 3 ou 6 mois et rester ainsi dans les cadres. Pourront enfin demander leur démobilisation avant le 31 août 1945 **tous les étudiants en médecine qui se sont engagés à un titre quelconque.**

Une autre mesure intéresse les futurs soldats de l'active : **le sursis prévu pour les étudiants est rétabli jusqu'à 27 ans.** Vont en profiter tous ceux qui appartiennent à des classes non encore appelées sous les drapeaux **et s'ils en font la demande.**

Telles sont, à ce jour du 20 juillet 1945, les décisions du ministre de la Guerre qui nous ont été exposées en entier par les services du médecin général inspecteur Arène, directeur du service de Santé du G. M. P. ; nous croyons enfin savoir que d'autres décisions sont à l'étude dans le même ordre d'idées et qui donneront satisfaction au Corps médical.

Maurice MORDAGNE.

(1) « Gaz. Hôp. » 1945, 1er mai p. 146 et 15 juin p. 194.

LIVRES NOUVEAUX

Cinquante ans d'histoire de l'Ecole du Service de santé militaire de Lyon (1889-1939), par M. le Médecin général inspecteur Marotte (du cadre de réserve). Préface de M. Auguste Lumière, membre correspondant de l'Institut et de l'Académie de Médecine.

Un volume grand in-8° de 325 pages, avec illustrations, prix 80 francs. R. Bonnefon, éditeur, 5, place des Cordeliers, Lyon, 1943.

L'ouvrage que vient de m'adresser M. le Médecin général inspecteur Marotte est un très bel historique de l'Ecole du Service de santé militaire, mais aussi un juste hommage rendu à tous ceux qui, issus de l'ancienne Ecole de Strasbourg ou plus tard de son héritière l'Ecole de Lyon, ont illustré le corps de santé militaire.

Après la guerre de 1870, lorsque disparut l'Ecole impériale du service de santé de Strasbourg qui existait depuis 1856, il y eut une période de flottement. Les élèves, d'abord réunis à Montpellier, furent ensuite répartis dans diverses facultés. Ils portaient le titre d'élèves du service de santé, ils étaient libres, répondant cependant à quelques appels. Puis, ils venaient finir leurs études à Paris, avant d'entrer comme stagiaires au Val-de-Grâce.

La seconde Ecole du service de santé militaire fut créée par M. de Freycinet, le 14 décembre 1888 et le décret du 25 décembre 1888 en fixa le siège à Lyon. Cette création arrivait à une heure très favorable. La loi du 16 mars 1882 avait en effet concédé au Service une demi-autonomie en le soustrayant à « l'omnipotence » de l'Intendance militaire.

L'autonomie complète fut accordée le 1er juillet 1889.

L'auteur, dans une première partie, étudie « la Vie de l'Ecole de 1889 à 1914 », son installation provisoire à l'hôpital Desgenettes, puis définitive dans l'Ecole de l'avenue Berthelot, son organisation et son fonctionnement. Il consacre des pages très attachantes à la vie intérieure de l'Ecole et à la guerre de 1914 où les « Santards » justifièrent par leur courage et leur dévouement tout ce qu'on attendait d'eux.

Une deuxième partie : « D'une guerre à l'autre, 1919-1930 », est relative à la réorganisation, à la réouverture, à la crise des effectifs, aux innovations, telles celles des élèves coloniaux et des élèves officiers de réserve (E. O. R.).

Dans une troisième partie enfin, sont rappelées les cérémonies militaires, les réceptions, tant de souvenirs que gardent précieusement tous ceux qui y ont participé.

Si les grandes traditions de travail, de discipline, de dévouement, ont été maintenues comment ne pas en reporter le mérite sur ceux qui ont eu la lourde responsabilité de diriger les élèves? Comment ne pas rappeler les noms des anciens directeurs : Vallin, Kelsch, Nogier, Claudot, Vaillard, Chevassu, Hocquard, Polin, Hassler, Simonin, Ecot, Lanne, Lévy, Morvan, Marland, Worms, Cristau, Policard et Chauvet. Plusieurs d'entre eux ont illustré non seulement la médecine militaire mais la médecine française.

Dans le personnel enseignant, figurent quelques officiers qui se sont signalés par des actions d'éclat exceptionnel : Rappellerai-je le regretté médecin général Georges, qui fut mon bien cher médecin divisionnaire à la 66e D. I.. Il avait été décoré à 23 ans, pour avoir pris, en plein Sahara, le commandement d'une colonne privée de son chef, et faisant lui-même le coup de feu, il avait mis en déroute un djich important.

Rappellerai-je encore les noms du médecin inspecteur Fournial et du médecin major Haller, héros de la mision Foureau-Lamy.

On me pardonnera de ne citer que ces quelques noms au milieu de tous ceux qui ont honoré, qui honorent encore le service de santé sur tant de champs de bataille.

Nous devons remercier M. le Médecin général inspecteur Marotte d'avoir publié ce beau livre, fortement charpenté et documenté. Avec sa haute autorité, il nous montre le véritable visage de la grande Ecole et fait ainsi une œuvre particulièrement utile, car trop de gens méconnaissent encore le service de santé militaire et sa grandeur.

Le livre devait paraître en 1943. Les événements, la censure, ont retardé son impression. Il a vu le jour en juillet 1944, peu de jours avant la libération. Il ne pouvait donc mentionner les services rendus à la Résistance par les anciens Santards. Dans ce domaine aussi, ils ont eu leurs héros et leurs victimes.

F. L. S.

La spécificité chimique en sémiologie, par M. Lœper, A. Lemaitre, A. Lesure, J. Cottet, D. Mahoudeau, R. Mande, A Netter, J. Parrot, J. Parrod, M. Perrault, J. Vignalou. Un volume de 140 pages, 60 francs. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

Tous les travaux de ces dernières années tendent à imposer cette conviction qu'une réaction chimique est à la base d'une réaction morbide, et que la connaissance d'un processus chimique peut conduire quelque jour à la connaissance, grandement utile à la thérapeutique, d'un antidote ou d'un antagoniste. Une telle doctrine est féconde non seulement dans l'explication des maladies, mais aussi dans leur traitement. Elle permet, en outre, des thérapeutiques plus sûres, plus électives et presque symétriques.

Le nombre des toxiques est tel qu'on reconnaît bien mal leur spécificité. Ce livre a pour but de faire connaître une quantité appréciable de cas où la toxicologie domine la pathologie.

L.

Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe) Dépôt légal. — 1945. — 3e Trimestre. — N° 1. — Le Gérant : F. Le Sourd.

N° 16. — 15 août 1945 | 118e ANNEE | Ce numéro : 4 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 100 fr. Etudiants, 50 fr.; Etranger, 150 et 180 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de Médecine de Paris

Le Conseil de la Faculté a émis un vœu en vue de la création d'une chaire de clinique consacrée à l'étude des problèmes alimentaires.

Cours pour les médecins de l'armée américaine. — Sur la demande du service de Santé américain, des cours d'une durée de six semaines environ vont être organisés dans divers services de clinique à l'usage des médecins de l'armée américaine, notamment dans les services de chirurgie, neurologie et obstétrique.

Etudiants victimes de la guerre — Le J. O. du 5 août 1945 a publié l'ordonnance n° 45-1741 du 4 août 1945 relative à l'exonération des droits scolaires et universitaires et à l'aide aux étudiants victimes de la guerre.

Facultés de province

Alger. — M. Laffont, professeur, est nommé à titre provisoire, à compter du 1er juillet 1945 et jusqu'à une date qui sera fixée par décret après le retour des prisonniers, assesseur du doyen de la Faculté de Médecine d'Alger.

Lyon. — M. Wertheimer, professeur en surnombre, est transféré à compter du 1er juillet 1945, dans la chaire de clinique chirurgicale de la Faculté de Médecine de Lyon (dernier titulaire : M. Bertrand).

Santé publique

L'aide américaine aux malades français

M. François Billoux, ministre de la Santé publique, parlant devant la presse américaine actuellement à Paris, a rappelé l'importance de l'aide apportée aux populations civiles françaises par le service de Santé de l'Armée alliée. En tout : 3 à 4 millions de tonnes de médicaments d'usage courant, des lits d'hôpitaux, des instruments de chirurgie et de laboratoire, représentant une valeur de 18 millions de dollars, soit 900 millions de francs. Certains médicaments comme l'insuline et la pénicilline, ont été transportés par avion, pour répondre en temps voulu aux besoins les plus urgents.

La France, d'autre part, a, dès la libération, mis à la disposition de ses alliés, à Paris comme en province, tous les hôpitaux, sanas et asiles dont elle disposait.

Centres régionaux anti-cancéreux

M. le Dr Yves Poursines, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Marseille, a été nommé médecin aux services de bactériologie et hématologie du Centre régional anticancéreux de Marseille, en remplacement de M. le professeur Rouslacroix, décédé.

La silicose, maladie professionnelle

Une ordonnance n° 45-1724 du 2 août 1945 (J. O., 3 août 1945) est relative aux réparations dues aux victimes de la silicose considérée comme maladie professionnelle.

L'ordonnance prévoit notamment un tableau définissant les formes que doit revêtir la maladie pour avoir droit à l'indemnisation. Elle énumère les travaux dangereux et classe les industries dans lesquelles le personnel est exposé à la silicose. Une autre innovation remarquable consiste dans la « radiographie de départ » à laquelle l'employeur peut soumettre l'ouvrier cessant d'être occupé aux travaux dangereux.

L'évolution de la silicose étant fort lente, le délai de responsabilité sera de 5 ans et le délai de revision est porté à 8 ans.

Pharmaciens et internes en pharmacie

Le J. O. du 20 juillet publie des arrêtés relatifs aux concours de pharmaciens des hôpitaux et de l'internat en pharmacie des hôpitaux.

Association nationale des médecins déportés

Sous la présidence d'honneur du général de Gaulle, les médecins déportés ont constitué, en dehors de toute idée politique ou religieuse particulière, l'Association nationale des médecins déportés, qui maintiendra entre tous ses membres les liens étroits d'amitié et de solidarité établis dans la vie des camps de concentration.

L'Association se compose de membres titulaires — les médecins et étudiants en médecine déportés, ainsi que les veuves des médecins déportés — de membres fondateurs et de membres bienfaiteurs.

La présidence effective est assurée par les professeurs Richet et Desoille. Le trésorier est le Dr Imbona. Le siège social de la Société est 9, rue du Faubourg-Saint-Honoré, Paris.

Guerre

Promotions. — Par décret en date du 24 juillet 1945 (J.O., 31 juillet 1945), sont promus au grade de MÉDECIN LIEUTENANT A TITRE TEMPORAIRE (ordre d'ancienneté) :

MM. les médecins sous-lieutenants Fabre, Menand, Souchon, Voisin, Bachellerie, Berge, Bouissière, Dumon, Duret, Lambert, Bordier, Chantonet, Chiavcrini, Cochy de Moncan, Jongeryck, Rolland.

Baudelet, Caulment, Mebs, Azemar, Benjetac, Bonifaci, Cavaillès, Cornillon, Couray, Fillon, Foucher, Gendre, Guillery, Jacob, Jacquet, Jean, Klein, Kramata, Lossave, Martinon, Mousselon, Picard, Rumeau, Stem, Guy, Castaigne, Léger.

Adrey, André, Bataille, Baugé, Belin, Bernot, Brenet, Calvet, Carlot, Chardac, Chareire, Coulet, Crabouillet, Daniel, Debanne, Delatte, Delmas, Deniaud, Deplan, Désormaux, Fabre, Faidide, Fenson, Forest, Hinard, Joie, Journeault, Lafon, Lamesta, Lapouille, Le Guern, Lemesle, Mandelrieu, Marsili, Mavier, Mazare, Michel, Montet, Penot, Peyronnier, Pichon, Reinert, Rocher, Roman, Tagnard, Trouvé.

Vignon, Clert Moinecourt, Roche, Stagnara, Olivier, Lorenzy, Maman, Baskin, Bedock, Lilio, Obadia, Vivien, Lessner, Scuret.

Aubouy, Goldmann, Milochu, Tuchwerger, Albou, Reboah, Reboul, Colonna, Coudon, Luisada.

MM. les médecins sous-lieutenants à titre étranger : Rozencweig, Maïm et Rozenbaum.

Ces promotions ne comportent aucun rappel de solde à une date antérieure au 1er septembre 1944.

Distinctions honorifiques

Guerre

Légion d'honneur

Chevalier. — Médecin lieutenant Benyamine rég. de marche du Tchad.

Croix de la Libération

Médecin commandant Chavenon.
Médecin lieutenant Krementchousky.

Médaille militaire

Médecin auxiliaire Michelet (Robert).

Citations à l'ordre de l'armée

Médecin sous-lieutenant Vallon (Suzanne) Ne bataillon médical.
Médecin aspirant Cros (Jean), Ne Tabor.
Médecin capitaine Verrier (André), Ne R. T. A.
Médecin lieutenant Graveleau (Jacques), Ne rég. de marche de la Légion.
Médecin capitaine Toussaint (Paul), Ne groupement de bataillon de choc.

A titre posthume : médecin auxiliaire Avinier (Jean).
Médecin auxiliaire Mauchausse (Robert).

Médaille d'honneur du service de Santé

Vermeil. — MM. les médecins généraux inspecteurs Maisonnet et Jame.

Vermeil (à titre posthume). — M. le médecin lieutenant d'active Eyrolle.

Argent. — M. le médecin colonel Morel ; les médecins lieut.-colonels Chanzy, Reynaud ; les médecins commandants Bertrand, Jullian, Fuchs ; les médecins capitaines Py, Chiche ; le pharmacien colonel Kerny, le pharmacien commandant Dreyfus ; les docteurs Jonchères et Séguinot (de Saintes).

Bronze. — Le médecin lieut.-col. de réserve Le Souef, en captivité au stalag IV B. le médecin capitaine de réserve Wykes, en captivité au stalag IV B.

Prix de la Société de Pédiatrie

La Société de Pédiatrie décernera, dans le courant de l'année 1945, un prix de 10.000 francs mis à sa disposition par l'Office de Protection maternelle et infantile à l'auteur du meilleur travail sur le sujet suivant : **Prophylaxie des affections respiratoires d'origine rhino-pharyngée chez l'enfant.**

Les travaux, imprimés ou manuscrits, devront parvenir au secrétaire général de la Société, le Dr Jean Hallé, 10 bis, rue du Pré-aux-Clercs Paris (7e) avant le 15 novembre 1945.

Nécrologie

On annonce la mort du Dr Milian, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis, président de la Ligue nationale contre le péril vénérien, membre de l'Académie de Médecine, ancien président de la Société de Dermatologie, officier de la Légion d'honneur, décédé à Paris le 28 juillet 1945, dans sa 75e année.

— Du Dr Dupouy, médecin de l'hôpital Henri-Rousselle à Paris.

— Du Dr N. Gerson, père du Dr Louis Gerson.

— Du Dr Léon Stiénon, professeur honoraire à l'Université de Bruxelles, membre honoraire de l'Académie royale de Médecine de Belgique, décédé à l'âge de 95 ans. Il était le beau-père du Dr Léopold Mayer et le grand-père du Dr Charles Mayer, à qui nous adressons nos condoléances émues.

— Du médecin commandant Schneider, à Paris.

— Du Dr Armingeat, ancien interne, médaille d'or des hôpitaux de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph.

— Du Dr André Castan, ancien interne des hôpitaux de Montpellier.

— Du Dr Denis Ginoux, de Châteaurenard (Bouches-du-Rhône).

— Du Dr André Lecerf, chevalier de la Légion d'honneur, croix de guerre, décédé à l'âge de 71 ans, en son domicile, 7, rue Daru, à Paris.

— Du Dr Maury, ancien interne des hôpitaux de Paris (1899), à Nîmes.

— Du Dr Rauzier, de Lasalle (Gard).

— Du Dr Blanc, de la Canourgue (Lozère).

— Du Dr Chabrol, d'Alès (Gard).

— Du Dr Deler, de Vauvert (Gard).

Morts pour la France

— Le Dr Philippe Blazy, déporté politique, mort pour la France, victime de la barbarie allemande et de son dévouement au camp de Dachau, à la fin de février 1945.

— Le Dr Kiffen, de Courcelles-Chaussy (Moselle), mort au camp de Dachau.

— Le Dr Louis Mallet, de Saint-Flour, fusillé par les Allemands en juin 1944 avec ses deux fils âgés de 19 et 16 ans. Mme Louis Mallet et sa fille, déportées en Allemagne, sont rentrées récemment.

— Le Dr Bricka, de Toul, fusillé par les Allemands, à Cologne, le 30 juillet 1943.

— Le Dr Perrot, d'Autun, fusillé par les Allemands le 2 septembre 1944.

— La famille du Dr Marcel Braunberger, de Paris, a été particulièrement éprouvée. Il annonce la mort de ses parents déportés de Lyon, Mme veuve Weill, femme du professeur Edmond Weill, Mlle le docteur Louise Weill, chef de clinique à la Faculté, Mme et le Dr Robert Crémieu, assassinés tous les quatre à Auschwitz, le 31 mars 1944.

— Le Dr Achille Lacroix, ancien maire de Narbonne, déporté par les Allemands, décédé en juin 1944.

M. Georges Budelot, étudiant en médecine à Montpellier, tué dans les combats du Vercors.

Le Dr Charles Carré, d'Attigny (Ardennes), disparu dans la perte du « Sirocco », à Dunkerque, en 1940.

Le Dr Roger Le Forestier, du Chambon-sur-Lignon, après s'être dévoué héroïquement au service des F.F.I., a été arrêté au cours d'une mission dangereuse et mis à mort par les Allemands, à Lyon.

Il était le fils de Mme le Dr Le Forestier, de Montpellier. Il laisse une jeune veuve et deux petits enfants.

PATHOLOGIE DIGESTIVE ET PATHOLOGIE NEURO-ENDOCRINIENNE

Par Jean Vague

Médecin des hôpitaux de Marseille

Il est facile de découvrir deux courants dans nos conceptions médicales. Le premier, issu directement de la méthode anatomo-clinique, nous invite à explorer chaque jour davantage l'organe malade ; la radiologie, l'endoscopie, la biopsie, l'étude chimique et bactériologique des prélèvements sont ses moyens d'investigation. En gastro-entérologie, il est la source de presque tous les progrès. Analytique dans ses méthodes, organiciste dans son principe, il est spécialisé dans ses procédés, volontiers chirurgical dans sa thérapeutique. Progressiste et révolutionnaire dans son esprit, il cède parfois à l'entraînement de la mode, confiant à la critique du temps la séparation du vrai et du faux.

La deuxième orientation nous éloigne de l'organe pour reporter nos regards sur l'ensemble ; elle recueille peu de faits nouvaux, mais tire un meilleur parti de leur connaissance. Synthétique, conservatrice, peu chirurgicale, elle corrige les erreurs de la tendance précédente, quelquefois par les siennes propres. Ainsi en est-il de la marche habituelle de la connaissance, et peut-être de tout progrès.

Un exemple en gastro-entérologie rend bien compte de cette opposition.

Si nous relisons F. Glénard qui, en 1885, décrivit la ptose gastrique, nous apprenons à connaître une maladie locale, bien délimitée avec ses lésions, ses signes, ses complications, digestives d'abord, générales ensuite, son traitement électif, le port de la ceinture. Mais interrogeons, parmi les modernes, Gallard-Mones. La ptose gastrique, la dolichogastrie est pour cet auteur un des éléments, et pas le plus important, d'une maladie générale neuro-végétative responsable des troubles du tonus viscéral ; les complications diverses de la ptose décrites par Glénard et les classiques ne sont que des phénomènes concomitants, expression du même désordre originel. Tout en faisant la part des formes étiologiques différentes, Chiray et Chêne adoptent assez nettement cette opinion.

L'époque actuelle, en gastro-entérologie comme ailleurs, témoigne du développement de ces deux tendances. Parmi les noms qui marquent plus spécialement la seconde, nous glanons ceux de Gallard-Mones, Hurst, à l'étranger ; de Chiray, Parturier, E. Binet, en France. Trois ouvrages français de ces dernières années, celui de Chiray et Chêne sur les dyspepsies nerveuses en 1931, celui de Parturier en 1935, consacré aux syndromes hépato-endocriniens, celui, tout récent, de Chiray, Mollard et Maschas, intitulé : *Syndromes digestifs et pathologie neuro-hormonale*, développent ces conceptions dont nous voudrions présenter une courte étude critique.

I. — *Les rapports de la pathologie digestive avec la pathologie neuro-endocrinienne, d'après les travaux récents.*

C'est dans le dernier ouvrage de Chiray et de ses élèves, que les données les plus complètes sur ce sujet ont été rassemblées. Il faut lire avec attention ce travail riche de faits patiemment observés et critiqués, que nous allons cependant essayer de résumer en quelques lignes.

Sur le plan expérimental, les hormones tout d'abord, si, dans leur majorité, elles n'exercent pas sur telle ou telle fonction digestive une action spécifique, compromettent l'ensemble de ces fonctions lorsqu'elles sont en excès ou en défaut.

En pathologie, la question peut être envisagée sous deux angles. En premier lieu, toutes les *endocrinopathies franches* donnent lieu à des troubles digestifs. Ces symptômes, bien que connus de tous, méritaient d'être rassemblés ainsi ; fonctionnels d'abord, ils peuvent entraîner des lésions étendues s'ils se prolongent. Leurs caractères n'ont rien de spécifique, ce qui prouve le rôle indirect du déséquilibre endocrinien dans le déséquilibre végétatif viscéral. Il existe aussi des syndromes digestifs plus spécialement en rapport avec une endocrinopathie latente, et dans une certaine mesure accessibles à un traitement hormonal ; ce sont les endométriomes digestifs, les maladies cœliaques, la polycorie glycogénique.

Sur un autre plan, les auteurs soutiennent qu'en dehors de quelques affections de pathogénie inconnue ou complexe, cancer, tuberculose, malformations congénitales, etc., la *majorité des troubles digestifs* est liée avant tout au déséquilibre neuro-végétatif qui s'exprime par des *dystonies* avec leur cortège de troubles sécrétoires, chimiques et bactériens, des *hémorragies* et des *ulcérations*. Parmi les premières, les colites spasmodiques, les dyscinésies biliaires, très fréquemment rythmées par les périodes génitales chez la femme, peuvent céder aux hormones génitales, folliculine ou testostérone suivant leurs variétés. Nous avons nous-mêmes observé plusieurs cas de syndromes recto-sigmoïdiens rentrant dans ce groupe (1). La cortine, l'extrait thyroïdien ou inversement le Lugol, la parathormone, peuvent aussi améliorer des dyscinésies gastro-vésiculaires ou intestinales. Contrairement à l'opinion des classiques, les hémorragies digestives paraissent beaucoup moins souvent en rapport avec des causes mécaniques qu'avec des troubles vaso-moteurs, comme l'ont montré les expériences de Reilly et de ses élèves. Or, ces troubles vaso-moteurs sont quelquefois en rapport avec des troubles endocriniens et améliorables par l'hormonothérapie, génitale notamment ; c'est le cas de quelques gastrorragies et entérorragies apparemment cryptogénétiques ; c'est le cas surtout de ces syndromes curieux que représentent les recto-colites hémorragiques dont l'évolution suit volontiers le rythme génital (Korbsch, Chiray, Mollard et Maschas, Sarles, nous-mêmes) (2).

Les rapports des ulcérations digestives avec les troubles neuro-endocriniens ouvrent un problème passionnant. La pathogénie de l'ulcère gastro-duodénal est toujours des plus obscures ; quelques faits cependant y émergent de l'ombre. Aux conceptions anciennes tendant à attribuer à cette lésion une cause essentiellement locale, on oppose de plus en plus un trouble vaso-moteur par hypersensibilité, par allergie, termes peu précis mais qui indiquent le rôle prédominant du système neuro-végétatif. Dans quelle mesure les troubles endocriniens participent-ils à ce déséquilibre ? On connaît les travaux relatifs aux parathyroïdes. Les hormones sexuelles ont aujourd'hui l'avantage, sous l'impulsion de Korbsch qui a prôné la folliculine comme un vrai spécifique de l'ulcus. Chiray nuançant les indications, utilise avec succès la folliculine et la testostérone suivant le déséquilibre.

Enfin, à l'origine des cirrhoses et des insuffisances hépatiques, Chiray, comme E. Binet, aperçoit volontiers un déséquilibre hormonal, génital surtout, dont le traitement améliore en même temps l'état du foie.

L'étude de cet ensemble de faits et des différentes phases des maladies digestives conduit Chiray, Mollard et Maschas à penser que la majorité des troubles digestifs se constitue de la façon suivante :

Une *prédisposition locale* fixe sur tel ou tel segment le *déséquilibre du système neuro-végétatif*. Ce système n'étant qu'un « canal », une « courroie de transmission », « neutre en lui-même » doit être irrité par « une circonstance extérieure à lui ». Ces circonstances sont multiples : traumatismes, perturbations atmosphériques, émotions, intoxications et désordres alimentaires, anaphylaxie, carences et avitaminoses, mais les troubles hormonaux sont les plus fréquents et les plus importants. Ce déséquilibre ainsi constitué, une *cause déclenchante* du même ordre et donc, le plus souvent d'ordre endocrinien, va, grâce à l'épine irritative locale, faire éclater une dystonie, une hémorragie ou une ulcération digestive. Les autres manifestations viscérales et psychiques d'accompagnement sont, non pas des conséquences du trouble digestif, mais des effets de la même cause, le dérèglement neuro-végétatif initial, le plus souvent en rapport avec un trouble endocrinien. A titre accessoire, Chiray, Mollard et Maschas reconnaissent que le trouble digestif peut à son tour favoriser l'atteinte neuro-endocrinienne. Le traitement se ressentira de cette conception ; l'hormonothérapie, fondée sur des impressions cliniques plus que sur des tests discutables, est susceptible, ce qui n'exclut pas évidemment les moyens classiques, de guérir de nombreux malades comme le montrent les observations de Chiray et de ses collaborateurs.

Ces faits et la théorie basée sur eux évoquent par leur importance un certain nombre de réflexions.

II. — *La pathologie digestive s'inscrit-elle pour une large part dans la pathologie neuro-endocrinienne, et, si oui, de quelle façon ?*

A la première question il semble difficile de répondre autrement que par l'affirmative. C'était déjà l'opinion de Trousseau qui, quoique ignorant la pathologie endocrinienne, reconnaissait fort justement l'importance du système nerveux à l'origine des dérèglements digestifs, et la part de ces derniers dans l'entretien des désordres nerveux. Sur ce point la thèse développée par Chiray et ses collaborateurs, dans leur livre, paraît irréfutable.

Les rapports entre le système végétatif et les endocrines sont par ailleurs tellement étroits, certaines observations de Chiray, Mollard et Maschas sont tellement probantes, qu'on peut retenir

(1) J. Vague. Syndrome sigmoïdo-rectal de la ménopause. Trois cas de guérisons rapide par la testostérone. — Comité Méd. des Bouches-du-Rhône, 4 déc. 1942 (*Marseile Médical*, 1943, p. 242).

J. Monges et J. Vague. Les manifestations rectales d'origine génitale chez la femme (*Sud Médical et Chir.*, 31 mars 1943).

(2) J. Vague. Considérations évolutives et thérapeutiques sur la rectocolite hémorragique (*Marseille Médical*, 15 mai 1942). — La recto-colite hémorragique, sa place nosographique (*Vichy Médical*, avril 1942). — La recto-colite hémorragique (*Gazette des Hôpitaux*, 10 août 1943).

comme exacte la quasi-totalité des descriptions magistrales faites par ces auteurs.

Mais quelques objections se présentent devant l'interprétation qu'ils en donnent.

La première, déjà pressentie par les auteurs eux-mêmes, réside dans la difficulté d'apprécier les résultats thérapeutiques en pathologie digestive, à cause de la fréquense des améliorations spontanées ; cet argument de grande valeur, ne peut porter cependant sur un très grand nombre d'observations.

En outre, il ne faut peut-être pas confondre action thérapeutique d'une hormone et carence probable de cette hormone ou excès de son antagoniste ; c'est l'argument classique de l'effet pharmacodynamique que Rachet a particulièrement développé au sujet des recto-colites hémorragiques, affirmant qu'il n'y avait jamais observé de troubles glandulaires évidents. A vrai dire, la subtilité de l'argument pharmacodynamique est peut-être un peu artificielle ; et tant que nous n'aurons pas en mains de tests endocriniens fidèles, il semble qu'on puisse, d'une façon générale déduire d'un résultat thérapeutique à l'intervention pathogène, au moins relative, du déséquilibre ainsi corrigé.

Ce qui frappe dans l'ouvrage de Chiray, c'est l'importance prêtée aux hormones connues dans le déséquilibre du système neuro-végétatif et l'opposition entre l'activité des premières et la passivité du second.

Or, qu'est-ce que les hormones dont nous disposons aujourd'hui ? Une douzaine de substances obtenues pour la plupart par synthèse qui ne représentent qu'une faible partie des nombreux corps élaborés par les endocrines. Ces dernières se limitent elles-mêmes à un nombre encore plus petits d'organes différenciés dans le sang veineux desquels on peut isoler plus ou moins une substance active. Mais de nombreux travaux récents tendent à prouver que cette propriété endocrinienne n'est pas limitée à quelques organes, qu'elle est une propriété générale des tissus, que des substances sans doute non indipensables à la vie, mais actives, sont sécrétées par toutes les cellules, que ces corps agissent sur les centres et à la périphérie, qu'enfin l' « influx nerveux » semble agir par l'intermédiaire de substances sécrétées par le tissu nerveux lui-même.

Qu'est-ce à dire sinon que l'opposition entre des hormones actives et un système nerveux passif est purement arbitraire. Nous ignorons encore les rapports précis qui unissent les hormones aux différentes expressions de l'activité nerveuse, l'activité électrique par exemple qui commence à peine à être entrevue. Et ce que nous savons nous indique des rapports tellement étroits qu'il est plus raisonnable de considérer, en dehors des besoins didactiques, le système neuro-endocrinien comme indissociable dans son activité, sans qu'on puisse attribuer à l'un ou à l'autre de ses constituants apparents une priorité réelle.

Enfin dans les rapports entre le système nerveux et les fonctions digestives, Trousseau accordait déjà une égale importance aux influences qui s'exercent dans les deux sens. Tout en reconnaissant l'existence de ce double sens, Chiray, Mollard et Maschas tendent nettement à minimiser l'influence en retour des troubles digestifs sur l'équilibre neuro-endocrinien. Pour eux, Laignel-Lavastine, Oddo, F. Ramond ont fait fausse route en les étudiant avec minutie. Le système nerveux n'agit presque que dans le sens centrifuge, et les glandes endocrines sont presque toujours la « source » de la maladie. A propos des syndromes hépato-endocriniens bien décrits par Parturier avec leurs interréactions, ces auteurs vont même jusqu'à avancer, après E. Binet qui a, lui aussi donné une description fort complète de ces syndromes sous le nom d'hépatocrinie, que « l'ovaire règle le foie, mais que le foie ne règle pas l'ovaire », bien que la cure de Vichy, sans effet sur les dysovaries isolées, améliore les troubles endocriniens associés à l'insuffisance hépatique.

En fait cette influence mutuelle du système neuro-endocrinien et des fonctions digestives dont Chiray, Mollard et Maschas, sans la nier entièrement, minimisent une des phases, est non seulement certaine et constante mais dans ce domaine encore, il paraît bien difficile d'établir avec certitude une priorité franche de l'une sur l'autre.

La question à résoudre est celle de l'étiologie, non pas au sens animiste et désuet accordé trop souvent à ce mot, mais au sens du déroulement des phénomènes qui aboutissent à la constitution d'un déséquilibre digestif. Pour ce faire, il convient au préalable de rassembler quelques propositions relatives à ce que nous savons des réactions vitales.

. . . .

Les *phénomènes vitaux* se présentent à nous sous la forme d'*excitations* d'origine externe ou interne, aboutissant à des *réactions* qui modifient à leur tour le milieu extérieur et intérieur. Entre ces deux pôles de l'activité vitale accessibles à nos investigations se placent deux autres phénomènes, les *tendances* héréditaires et acquises par l'effet des réactions, et les *résonances* intimes des excitations. Ces deux phénomènes ne nous sont connus que par leurs expressions extérieures, excitations et réactions, et, à leur plus haut degré, par la conscience. Ils progressent en effet d'une façon ininterrompue depuis les formes les plus inférieures de la matière vivante jusqu'aux diverses manifestations du génie humain, et chez l'homme, depuis l'activité du tissu le plus simple jusqu'aux plus hautes spéculations intellectuelles, depuis la périphérie qu'atteignent ou n'atteignent pas les dernières ramifications nerveuses jusqu'aux rouages cérébraux les plus différenciés.

Par l'origine de leurs excitations et le champ de leurs réactions, ces phénomènes se partagent en deux groupes intimement unis, celui de la vie de relation en rapport avec le monde extérieur, celui de la vie végétative en rapport avec l'organisme lui-même. L'interférence de ces deux groupes de phénomènes constitue la *personnalité* avec sa sensibilité extérieure et intérieure, ses résonances affectives et intellectuelles, conscientes et inconcientes, ses réactions externes et internes, ses tendances héréditaires dont l'expression phénotypique se modifie peu à peu par le fait même de l'activité vitale.

Il était d'usage chez les classiques, de réserver l'épithète de psychique aux plus distincts de ces phénomènes, les tendances supérieures et les résonances affectives et intellectuelles conscientes. Mais la psychologie moderne a montré la part qui revient à l'inconscient dans la vie psychique, même au sens où on l'entend classiquement ; elle a précisé les rapports de la vie dite psychique et de la vie végétative. En fait, il n'y a pas lieu d'opposer, mais bien de rapprocher les formes les plus élémentaires et les formes les plus différenciées des tendances et des résonances vitales, et le terme de « psychoïde », employé par Bleuler pour désigner les premières, nous paraît encore trop timide. Quel que soit leur degré de perfectionnement, de l'amibe ou du leucocyte au génie humain, les tendances et les résonances vitales, seulement accessibles à nos sens par les excitations que nous leur voyons ou leur faisons subir et les réactions qui leur font suite, méritent bien l'épithète de psychiques par leur commune nature. Nul doute qu'une grande partie du problème des rapports entre la vie mentale et les réactions pathologiques végétatives n'ait été obscurcie par cette méconnaissance du fait que nos tendances et nos résonances affectives et intellectuelles supérieures ne sont qu'une forme plus parfaite des tendances et des résonances élémentaires, auxquelles, par une curieuse ironie du rationalisme, nous attribuons plus d'importance, parce que leur simplicité apparente nous rend plus accessibles leurs réactions. La théorie, remontant au moins à Ramon Lull et à Spinoza, qui étend cette conception de l'atome à l'univers, ne nous intéresse pas ici, mais y trouve une application concrète.

Cependant, le domaine inconnu qui se situe entre les excitations et les réactions, et qui, sans doute, ne se livrera jamais entièrement, est pénétré peu à peu. Le but de la biologie est de remonter progressivement vers les tendances et les résonances en explorant davantage les réactions internes, et d'étendre le champ de celles-ci pour mieux approfondir celles-là. Nous y trouvons des mécanismes endocriniens, des mécanismes neuro-humoraux, des mécanismes électriques, ces derniers à peine soupçonnés. Mais d'ores et déjà nous pouvons dire que l'équilibre ou le déséquilibre hormonal est une des expressions et non la « source » de l'équilibre ou du déséquilibre neuro-végétatif. Dans la mesure où il joue un rôle pathogène, il faut, après l'avoir identifié, en rechercher l'origine. Cette origine ne peut être que dans l'activité extérieure ou intérieure du sujet et l'adaptation aux différentes circonstantes, avec leurs incidences multiples.

Or, comme nous l'avons vu, les différentes formes de cette activité extérieure et intérieure avec leurs excitations et leurs réactions, se centralisent en une somme qui constitue la personnalité, par l'intermédiaire de laquelle elles s'influencent réciproquement. Ces *influences mutuelles de toutes les fonctions vitales* s'exercent dans tous les tissus et au cours de chacune de leurs activités par des mécanismes dont nous percevons quelques phases neuro-humorales ; elles paraissent surtout s'exercer, sans que nous soyons dupes du mirage des métaphores, au niveau d'un véritable *engrenage central* où la vie psychique supérieure avec ses résonances intellectuelles et affectives s'articule, par l'intermédiaire, semble-t-il, des hormones et des neuro-humeurs, avec la vie psychique végétative, la région diencéphalique.

. . . .

Si, d'après ces données, nous essayons de retrouver le mécanisme qui préside à la *constitution d'une gastro-entéropathie*, nous pouvons, croyons-nous, poser les jalons suivants :

En dehors du cancer dont la pathogénie est quasi inconnue, de certaines atteintes directes comme les lésions tuberculeuses ou fortement inflammatoires, des malformations congénitales, la majorité des affections digestives est liée à un déséquilibre neuro-végétatif.

Parmi elles, si l'origine de certaines unités comme l'ulcus ou la rectocolite hémorragique sont encore fort obscures, les troubles dystoniques et sécrétoires, les dysmicrobies, les modifications du chyme et des selles, les altérations inflammatoires des parois digestives, une large part des parasitoses, les réactions

sensitives abdominales, les troubles concomitants d'ordre végétatif ou mental, ont pour cause essentielle ce déséquilibre. Ces faits, que Chiray, Mollard et Maschas décrivent avec éloquence, paraissent incontestables. Or, ce déséquilibre dans ses expressions spécialement digestives reconnaît de très nombreuses origines entre lesquelles il s'agit d'établir une hiérarchie.

Toutes les causes de déséquilibre neuro-endocrinien avec leurs multiples incidences, activité extérieure, activité végétative, résonances psychiques supérieures, infections, intoxications, influences climatiques etc., peuvent retentir sur les fonctions digestives, soit sous la forme d'une endocrinopathie franche, soit sous la forme d'un déséquilibre discret dans lequel le relais endocrinien apparaît moins manifeste. Sur ce point, on peut encore admettre en totalité la théorie de Chiray, Mollard et Maschas, avec cette réserve que l'endocrinopathie franche ou latente ne constitue pas une « source » mais un relais dans une série de phénomènes.

Mais trois groupes de facteurs étiologiques paraissent se conjuguer, le plus souvent à la fois, pour créer le trouble neuro-végétatif ou neuro-endocrinien et le localiser sur l'appareil digestif. Ce sont les *fautes d'hygiène alimentaire et digestive*, le *défaut d'équilibre entre l'activité digestive et l'activité musculaire*, et les multiples *résonances de la vie affective*. Les autres causes possibles sont nombreuses ; nous pensons que ces trois dernières sont, de beaucoup, les plus importantes. Agissant sur un terrain prédisposé héréditairement au déséquilibre neuro-végétatif et à ses expressions digestives, elles réalisent ce déséquilibre dans lequel le relais hormonal tel que nous pouvons le comprendre aujourd'hui, occupe une place variable, et localisent ce déséquilibre sur l'appareil digestif.

C'est alors que survient la deuxième phase. Le trouble local étant constitué, les moyens de correction dont dispose l'organisme peuvent jouer ou ne pas jouer et rétablir ou non l'équilibre compromis. Si la guérison n'est pas obtenue, alors le trouble digestif ainsi constitué retentit à son tour, et très fortement, sur l'équilibre neuro-végétatif ou neuro-endocrinien pour réaliser une maladie chronique avec les influences mutuelles incessantes de tous ses éléments.

Nous en donnerons trois exemples qu'on pourrait indéfiniment multiplier.

Celui des maigreurs neuro-hypophysaires quand elles ne sont pas liées à une altération irréversible comme une tumeur ou une nécrose de l'infundibulo-tuber ou de l'hypophyse (1). Sur un terrain prédisposé par altération héréditaire ou acquise, de nombreuses causes peuvent intervenir pour déclencher le syndrome total fait de maigreur asthénique et hypométabolique, d'indifférence affective, d'incapacité digestive et d'insuffisance génitale; mais les plus fréquentes sont les chocs affectifs, ensuite les fautes d'hygiène digestive, enfin les lésions génitales primitives. Le syndrome, une fois déclenché, s'entretient lui-même par l'influence mutuelle de chacune de ses composantes.

La neurasthénie à forme digestive avec ses manifestations hypocondriaques se constitue de la même façon. Sur un terrain prédisposé aux troubles neuro-végétatifs par hérédité ou non, des désordres affectifs, des fautes alimentaires se conjugent pour créer d'abord, entretenir ensuite une anarchie digestive, motrice, sécrétoire et sensitive qui majore les troubles initiaux.

La constipation atonique débute le plus souvent par la perte du réflexe de la défécation, à l'origine de laquelle les psychanalystes voient un grand nombre de phénomènes que nous ne sommes pas qualifiés pour juger, mais qui sont de toute façon d'ordre psycho-social. C'est secondairement que surviennent, par l'intermédiaire du système neuro-endocrinien, les innombrables conséquences, digestives ou autres, de la constipation qui, à leur tour, contribuent à entretenir la stase intestinale.

Tel nous paraît le déroulement des phénomènes qui aboutissent à la constitution d'une gastro-entéropathie. Ces interférences multiples, au niveau principalement de l'engrenage central diencéphalique qui constitue la pièce maîtresse du système neuro-endocrinien sont, croyons-nous, l'origine du déclenchement et de l'entretien des troubles fonctionnels qui tendent à s'organiser.

C'est en tablant sur ces interférences que la thérapeutique doit cerner de tous côtés les causes de troubles digestifs et n'en négliger aucune. Dans ce sens, et en même temps que les autres traitements palliatifs, l'hormonothérapie, les beaux travaux de Chiray, Mollard et Maschas nous l'ont montré, est d'un précieux appoint, non seulement dans les endocrinopathies franches, mais même dans de nombreux cas où l'altération glandulaire échappe à nos premiers regards.

Cependant, il y a lieu de reporter plus loin l'investigation étiologique et la lutte contre les facteurs pathogènes. Dans tous les cas, le rétablissement de l'hygiène alimentaire, l'harmonisation de l'activité digestive et de l'activité extérieure, le soin tout particulier des résonances affectives sont les premières, et généralement les meilleures armes, dont nous devons nous servir.

(1) L. Cornil et J. Vague. Etiologie et pathogénie des maigreurs neuro-hypophysaires (*Vichy Médical*, 1945).

Note sur l'action de très fortes doses d'amide nicotinique dans les lésions bacillaires

Par Ernest Huant

Nous voulons indiquer ici le résultat de diverses observations où la vitamine P.P. nous a semblé avoir un effet favorable sur l'évolution de certaines lésions bacillaires. C'est une incidence assez curieuse de nos recherches sur la radiothérapie des tumeurs associées au traitement à la colchicine, qui nous a mis sur cette voie.

Nous espérons que dans la suite, l'expérience clinique des phtisiologues montrera la valeur exacte de ces faits qu'il nous a paru intéressant de rapporter ici avec toutes les réserves nécessaires.

Depuis déjà assez longtemps nous avons pris l'habitude de prescrire la vitamine P.P. comme adjuvant de nos traitements de tumeurs non seulement pour lutter contre un éventuel « mal des rayons » (propriété bien connue de l'amide nicotinique) mais aussi pour obtenir une plus forte tolérance des téguments et des muqueuses à l'action du rayonnement, cette défense cutanée aboutissant à une véritable désensibilisation tégumentaire vis-à-vis des doses énergétiques et permettant ainsi de les augmenter. Dans quelques cas depuis que notre expérimentation est commencée à ce sujet, la marge des doses érythèmes nous a paru pouvoir être notablement élargie. Mais ceci n'est pas l'objet de cette note. Disons encore cependant que dans l'association du traitement caryoclasique à la radiothérapie, nous pouvions employer l'action adjuvante de la nicotamide d'autant plus volontiers qu'elle ne pouvait qu'entraver les troubles intestinaux que développe parfois la colchicine, et surtout que ses propriétés directes sur les processus de la respiration cellulaire nous paraissaient pouvoir être d'un certain antagonisme sur le climat « d'anaérobiose » du chimisme humoral, et compléter ainsi les propriétés stérilisantes du choc caryoclasique. Ceci encore est hors de question pour le moment et fera l'objet d'une autre étude.

Quoiqu'il en soit, depuis déjà un an et demi (début 1944), un certain nombre de porteurs de tumeurs ont donc été soumis à des doses importantes de vitamines P.P. : en général nous leur faisions un jour (celui de leur séance de radiothérapie), une injection intra-musculaire de 6 cc. d'une solution à 5 % complétée par 10 comprimés à 0 gr. 05 ; le jour suivant, 20 comprimés à 0 gr. 05 que le malade absorbait lui-même, ceci pendant trois semaines environ.

Or, il s'est trouvé ceci : parmi nos malades ainsi traités, plusieurs étaient porteurs de lésions bacillaires pulmonaires. Chez l'un d'eux, femme de 45 ans, affligée de lésions ulcéro-caséeuses encore évolutives sur un fond de fibrose sous-claviculaire droit, et que nous traitions pour néo du sein, nous avons eu la surprise d'observer au cours d'examen radiographique du thorax en vue du dépistage de quelque métastase, une amélioration extrêmement nette de son image sous-claviculaire. Nous l'avons comparée à une série de clichés antérieurs qui ne manquaient pas chez cette malade suivie du point de vue bacillaire depuis plusieurs années, et nous n'avons trouvé au cours d'une évolution assez lentement progressive, aucun exemple de rémission de ce genre. En même temps existait un relèvement assez rapide de l'état général qu'il nous a semblé trop tôt évidemment pour attribuer à la régression néoplasique, et ce, d'autant plus que le traitement associé (thérapie + alcaloïde) développe plutôt — du moins à ses débuts — une réaction asthéno-thermique plus ou moins marquée. Nous avons pensé aussi à attribuer l'amélioration des lésions bacillaires à une action indirecte du rayonnement secondaire émané du segment thoracique (ici, côté gauche) affecté par le faisceau primaire : on sait que Hirtz, notamment, à la suite de plusieurs cliniciens et radiothérapeutes allemands, avait préconisé (une dizaine d'années déjà avant cette guerre), une méthode de traitement de la tuberculose pulmonaire par de très faibles doses de rayons X. L'ensemble de ces recherches ne paraissent pas avoir eu l'audience des phtisiologues français, mais en relisant les travaux de l'un et des autres, on est cependant frappé par les résultats qui auraient été parfois obtenus. Nous pouvions donc penser ici à un processus de ce genre. Cependant, étant donné que dans la technique des travaux que nous venons de citer, les résultats invoqués n'apparaissaient que dans un laps de temps nettement plus long que celui de notre observation, étant donné surtout que l'emploi adjuvant de fortes doses de vitamines P.P. apportait la possibilité d'un autre processus thérapeutique, nous avons pensé à mettre en cause l'action de la nicotamide et à chercher d'autres vérifications cliniques.

Parmi nos cas de tumeurs traitées dans le même intervalle, trois autres étaient porteurs de lésions bacillaires pulmonaires, un autre de lésions intestinales. Parmi les trois premiers : un,

incontestablement (lésions disséminées du champ gauche — néo de l'estomac) a montré une nette amélioration radiologique dans l'espace de dix semaines. Les deux autres cas n'ont pas paru réagir d'une façon positive dans le champ de notre expérimentation. Par contre, le cas de tuberculose verruqueuse du cæco-côlon semble avoir très favorablement réagi, la chose ayant pu même être constatée chirurgicalement au cours d'une intervention exploratrice en rapport avec la tumeur pelvienne).

Ceci nous a conduit à poursuivre notre expérimentation à ce sujet, chez des bacillaires proprement dits. Nous l'avons fait chez nos malades personnels et aussi chez certains malades de dispensaire et d'hôpital. Les doses employées étaient sensiblement celles que nous indiquons plus haut, le rythme de quinze jours à trois semaines, après lesquels nous demandions une interruption de dix jours et reprise de la série. L'expérimentation, pour chaque malade, porte sur une période de cinq mois environ. Les traitements classiques généraux récalcifiants et autres continuaient d'être appliqués comme s'ils étaient seuls à devoir intervenir et c'est pourquoi jusque maintenant, l'interprétation ne peut être que purement appréciative et faite par comparaison avec les résultats que donnent les traitements classiques dans des cas similaires. Néanmoins, elle peut avoir, si elle est faite avec suffisamment de rigueur une précieuse valeur indicative. Indiquons donc simplement que sur 22 cas de lésions pulmonaires ulcérocaséeuses classiques, 6 nous ont paru réagir beaucoup plus favorablement que — *toutes choses à peu près égales d'ailleurs* — les traitements habituels ne le produisaient, 4 cas nous ont paru assez nettement plus influencés que normalement, 12 cas sont restés sensiblement identiques à ce qu'auraient donné les traitements normaux. Précisons qu'aucun de ces malades n'était porteur de pneumothorax.

Sur 19 cas de bacillose pulmonaire à prédominance fibreuse et chez des sujets assez âgés — 45 à 82 ans — avec le tableau clinique habituel des petites hémoptysies, 9 cas nous ont paru nettement influencés d'une façon favorable avec cessation des hémoptysies et surtout éclaircissement radiologique notable des régions sclérosées (chose dont on sait la relative rareté dans les processus fibreux plus ou moins fixés), 4 cas ont été douteux, 6 n'ont rien apporté de nouveau. La proportion semblerait donc ici plus favorable que dans la catégorie précédente, mais le petit nombre de cas totaux lui enlève toute valeur statistique absolue.

Divers cas de bacillose osseuse et viscérale sont à l'étude. Nous ne rapporterons de leurs conclusions qu'une confirmation de l'action favorable dans les bacilloses intestinales, ce qui d'ailleurs, peut très bien s'expliquer uniquement par l'action bien connue de la P.P. sur les fonctions digestives.

Quoiqu'il en soit de ces premiers résultats, qui n'ont, répétons-le, qu'une valeur appréciative d'indication, et qui sont trop partiels pour permettre une conclusion affirmative, on peut déjà en déduire *la possibilité d'une action favorable de la vitamine P.P. dans les lésions bacillaires.* L'idée et la technique que nous indiquons nous semble présenter un certain intérêt et nous souhaiterions qu'elle soit reprise et développée, en vue de confirmation ou d'infirmation, dans les divers services dispensaires et centres antituberculeux. Nous souhaiterions notamment que les services spécialisés étudient des doses encore plus fortes et par voie injectable. De toutes façons, ce genre de malades ne pourra que bénéficier au point de vue général de l'action tonifiante de la nicotamide.

On peut se demander par quelles modalités la vitamine P.P. agirait sur la frénation des lésions bacillaires. Est-ce simplement par une action générale sur le terrain et les défenses organiques ? Il y a certainement une action de ce genre — comme dans tous les cas où s'emploie la vitamine P.P. — et ceci expliquerait peut-être les variations de réaction individuelles que nous avons observées dans nos observations précédentes, l'action vitaminique indiquant et amplifiant ici, les différences de terrain qui sont si grandes d'un tuberculeux à l'autre et si importantes pour l'évolution et le pronostic. Et nous rappellerons à ce point de vue que les régimes classiques de suralimentation des tuberculeux qui ont été si longtemps et demeurent encore avec la cure d'air, la base du traitement du terrain étaient à base de *viande, œufs* et *poisson*, c'est-à-dire *précisément des aliments qui renferment le plus de vitamines P.P.*

Personnellement, nous inclinerions à penser qu'il peut y avoir autre chose que cette simple action sur le terrain, et que les propriétés électives de l'amide nicotinique sur les processus de la respiration cellulaire et les mécanismes d'oxydo-réduction peuvent s'appliquer très particulièrement au niveau même du parenchyme pulmonaire — par suite de la conformation histologique de ce parenchyme, et de par sa fonction même. Un calcul assez complexe sur les réactions d'oxydo-réduction et les déplacements d'équilibre qu'il est impossible de reproduire ici permet même de faire intervenir d'une façon assez précise la loi d'action de masse, et d'expliquer ainsi la nécessité de doses fortes. On retrouverait ici une application des propriétés pharmacodynamiques spéciales de l'amide nicotinique se développant particulièrement ici mieux qu'ailleurs par suite d'une histologie et d'une physiologie spécialement déterminées par la fonction respiratoires (comme les mêmes propriétés ont pensons-nous également une plus grande possibilité d'application au niveau du métabolisme vicié, par anaérobiose, des cellules tumorales).

Ce ne serait pas la première fois qu'une vitamine découverte par des effets de carence très précis, révèle des propriétés pharmacodynamiques d'un ordre — apparemment — très différent. Rappelons pour mémoire que la vitamine E dite d'anti-stérilité s'est révélée avoir des propriétés très particulières et assez couramment utilisées dans certains troubles neuro-moteurs, et que la vitamine C primitivement anti-scorbutique est apparue comme un facteur important de résistance à l'infection et même de tolérance aux sulfamides et aux sérums. (Il est d'ailleurs probable que ces applications, à première vue si différentes, correspondent à une même propriété bio-chimique fondamentale de la molécule vitaminée qui, s'appliquant à des mécanismes biologiques différents, produisent ainsi des résultats apparemment très divers.)

Ainsi, que la vitamine « Preventing Pellagrae » ait démontré ses propriétés sur la respiration cellulaire n'en est ni plus ni moins surprenant, et que ces propriétés puissent agir particulièrement dans les réactions cellulaires et générales aux processus bacillaires ne le serait pas davantage. L'intérêt serait de confirmer ou non à travers le maximum d'expérimentation clinique, l'idée que nous développons dans ce travail d'après nos premières observations faites d'abord en marge de nos recherches sur les tumeurs et qui nous semblent mériter d'être amplement poursuivies dans les services et laboratoires spécialisés.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

29 juin. — M. Balleneau. — De l'énurésie et de son traitement.

M. Forestier. — Traitement physiothérapique du zona et de ses complications.

M. Barré. — Des réactions méningées au cours de l'intoxication par l'oxyde de carbone.

M. Deveau. — De la maladie osseuse de Recklinghausen.

Mme Harlé-Facchinetti. — Pseudo-tuberculoses pulmonaires d'origine rhumatismale.

M. Lebreton. — Le glycocolle en thérapeutique.

M. Vaujour. — Les démêlés d'Arnault de Villeneuve avec l'Inquisition.

M. Benel-Bedjaoui. — L'enchevêtrement central temporaire par broches de Kischner dans les fractures de la clavicule.

M. Blinder. — Des péritonites différentes post-abortum.

M. Couvreur. — Plaies articulaires du genou. Accidents de l'émondage.

M. Dousset. — Bretonneau et la diphtérie.

M. Probst. — L'extension mobilisation.

M. Courjaret. — De l'influence de certains facteurs sur l'élimination de la phénol-sulfone-phtaléine.

M. Fischgrund. — Considérations étiologiques sur la maladie coronarienne.

M. Lestradet. — Des phénomènes capillaires dans le choc traumatique.

M. Nicoulaud. — Du rhumatisme d'origine dentaire.

M. Pax. — L'épreuve d'hyperglycémie provoquée dans le syndrome d'hypoglycémie.

M. Pichon. — Où en est le traitement du cancer ?

M. Jacot. — Les leucémies aiguës et subaiguës à myélocytes.

M. Bouquerel. — De la manie chronique.

M. Le Tonnay. — Des accidents du sulfarsénolbenzol.

M. Midrouilet. — Des naphtalènes chlorés en pathologie industrielle.

M. Boissière. — La colique hépatique des cardiaques.

M. Cliquet. — Arthrites sacro-iliaques et spondylose rhizomélique.

M. Taieb. — Spondylose rhizomélique.

Mlle Aboulenc. — Sur l'allaitement maternel dans la région parisienne et sur les motifs de son abandon.

M. Autret. — De l'acido-cetose-salicylée.

M. Bazin. — De l'hépatite syphilique du nourrisson à forme ascitique.

Mlle Conte. — Le purpura gangréneux méningococcique chez l'enfant.

M. Filliatre. — Traitement du prolapsus rectal du nourrisson.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 juillet 1945

A propos de la production du sérum antidiphtérique et au sujet des substances adjuvantes de l'immunité. Du principe des anatoxines et de la méthode de floculation. — M. Ramon. — Les conclusions formulées à une précédente séance quant à la production de sérum antidiphtérique par l'anatoxine au tapioca ont trait à des lots de chevaux traités en 1943-44. Il s'agissait d'animaux livrés par l'armée allemande dans un tel état de misère physiologique que dès les premiers jours, et même avant les premiers jours d'immunisation, les morts furent nombreuses (40 % dans un lot) ; de plus, les conditions d'alimentation du cheptel étaient des plus précaires. Il faut enfin tenir compte des affections intercurrentes mortelles qui furent fréquentes. Situation explicitement constatée à l'époque. La valeur des sérums de cette époque fut cependant supérieure à celle d'époques ultérieures et témoigne en faveur de la technique employée, laquelle a permis en outre de constituer des stocks de réserve importants.

L'auteur précise ensuite divers points importants dans l'histoire de la découverte et des applications des anatoxines, de la méthode de floculation et des substances adjuvantes et stimulantes.

Discussion : M. Boivin.

De l'action des huiles de vaseline sur le bacille tuberculeux. — M. H. Vallée. (Note lue par M. Laubry.) — En 1927, Todoroff a montré l'action antiseptique des huiles de paraffine sur le bacille de Koch. Ainsi traité, celui-ci ne provoque plus de lésions ou seulement des altérations très localisées propres à l'étude des médications antigéniques et chimiothérapiques. Faits à rapprocher de ceux que l'auteur a signalés autrefois quant à la prémunition de la paratuberculose bovine.

Contribution à l'obtention de vaccins détoxiqués contre les fièvres typhoïdes expérimentales. — M. Violle. (Présentation par M. Ramon). — Le microbe employé pour la vaccination est privé des antigènes glucidolipidiques vaccinants mais toxiques. L'acide trichloracétique et l'aldéhyde formique, par leur action successive, coagulent et stabilisent les microbes et les rendent plus difficilement résorbables. Les antigènes protéiques sont respectés et leur toxicité est diminuée.

L'essai sur l'animal a montré la faible toxicité et le pouvoir immunisant élevé de ces préparations ; ce dernier se manifeste cependant avec quelque lenteur.

Aucun essai n'a encore été fait chez l'homme.

Rapport sur le statut des laboratoires d'analyses. — M. Polonovski.

Discussion : MM. Debré, Bougault, Boivin, Armand-Delille, Bazy.

Séance du 31 juillet 1945

Nécrologie. — M. Rouvillois, vice-président, fait part à l'Académie du décès de M. Milian et prononce un bref éloge.

A propos du procès-verbal. — M. Tréfouël, revenant sur la lecture récente de MM. Le Métayer, Laffaille, Nicol, Lamy, Vallée et Girard, étudie les critiques soulevées par ce travail. La mortalité dont il fait état a été, sur des lots d'animaux de même origine et nourris de la même façon, l'objet d'une étude comparative. Les animaux ont présenté une mortalité de 75,4 % dans le même délai où celle des témoins était de 37,9 %. Les décès prématurés de diverses sortes ne sont pas entrés en ligne de compte. La survie à long terme montre une statistique analogue. Dans une période de dix-huit mois, le lot ayant reçu du tapioca a fourni 6.600.000 unités par cheval (365 unités par cc.) ; le lot témoin 14.900.000 (458 unités par cc.).

Il existe pour chaque animal un facteur individuel qui régit son aptitude à la production des anticorps.

Les perspectives de production de sérum antidiphtérique s'améliorent de façon continue.

Discussion : MM. Ramon, Jolly.

Etude clinique et syndrome humoral du typhus récurrent. — M. Benhamou. — Autour du symptôme cardinal qu'est la récurrence fébrile, se groupent d'importants syndromes : digestif, ictérique, hémorragique, neurosensoriel obstétrical (avortement et mortalité du nouveau-né), déshydratation et dénutrition. L'auteur signale la fréquence de l'hyperazotémie (à 2 et 3 grammes) et les troubles du métabolisme chloré (chlore urinaire entre 0 gr. 25 et 2 gr.) ; des stigmates hémogéniques (plaquettes à 40.000, augmentation du temps de saignement, irrétractilité du caillot, autoagglutination des hématies, accélération de la sédimentation, formol gélification). A noter la chute profonde des protéines plasmatiques.

L'auteur a employé en plus du novarsénobenzol et du stovarsol (poudre) à la fin de la période fébrile, traitement qui semble juguler les récurrences ultérieures, un traitement spécial à la convalescence qui s'en trouve abrégée : transfusions de sang total ou concentré, sang de convalescent (contre les syndromes hémorragiques ou neurosensoriels) ; transfusions de plasma pour relever le taux des globulines et hâter la guérison.

Un plan méthodique de défense est nécessaire et *l'Académie émet le vœu* que tant pour la protection que pour le traitement, les ressources de la métropole et de l'Afrique du Nord soient mises en commun.

Discussion : MM. Lemierre, Tanon.

Recrudescence générale de la fièvre ondulante dans le midi de la France. — M. Lisbonne (de Montpellier). (Présentation par M. Lemierre.) — Dans cette recrudescence, le rôle des chèvres, dix fois plus nombreuses dans les dernières années, est un facteur important ; la fréquence des cas observés est parallèle à cette augmentation du cheptel caprin. Les examens de laboratoire ont montré que 35 % au lieu de 8 % des animaux sont contaminés. On devrait abattre les chèvres avortées sérologiquement positives ; empêcher toute vente sans examen sérologique et interdire la vente des fromages frais de chèvres et de brebis.

La prémunition du bétail par une culture vivante de b. abortus non virulente est absolument illusoire et ne donne qu'une sécurité trompeuse.

Discussion : M. Martel.

L'ulcère phagédénique tunisien. — MM. Balozet, Durand et Ragu. (Présentation par M. Gougerot.) — Les auteurs insistent sur le début sous-épidermique, anaérobie, des lésions. Le bacille fusiforme (forme de Vincent ou forme de Plant) y est constant ainsi que le streptocoque. Le traitement de choix consiste dans l'association : sulfarsénol-sulfamides.

Le danger actuel des cures solaires. — M. d'Œlsnitz (Nice). — L'usage immodéré de l'exposition du corps aux rayons solaires, chez des sujets normaux ou supposés tels, peut être dangereux et provoquer des accidents circulatoires ou respiratoires révélant l'existence de lésions jusque-là silencieuses et méconnues.

L'héliothérapie est passible de réactions dangereuses chez tous les affaiblis et les dénourris (enfants, adolescents et adultes victimes de la guerre).

En conséquence, il faudra en interdire actuellement l'application excessive et même l'application normale en l'absence d'un contrôle médical préalable et renouvelé.

Discussion : MM. Ameuille, Tanon, Villaret.

L'omoplate scaphoïde. — M. Vallois. — C'est un trouble de développement de l'ensemble de l'os avec prédominance locale. Elle tient à des causes dystrophiques agissant dans la première enfance, mais n'est le présage d'aucune tare d'apparition ultérieure.

Rapport de M. Tanon (au nom de la Commission de l'hygiène et des maladies contagieuses) concluant à la déclaration obligatoire du typhus récurrent et de la coqueluche en raison de ses complications respiratoires.

Rapport de M. Le Noir (au nom de la Commission de démographie) concluant à l'adoption de mesures améliorant la situation des familles nombreuses et moyennes et favorisant la natalité ; à la pratique de naturalisations judicieuses et d'une politique intelligente de l'immigration avec élimination des sujets indésirables de par leur âge, leur santé ou leur moralité.

Rapport de M. Fabre sur le classement aux tableaux A et C de médicaments nouveaux.

Vacances. — Les séances publiques de l'Académie, suspendues en août et septembre, reprendront le 9 octobre.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 juin 1945

Acropathie ulcéro-mutilante non familiale. Traitement par les infiltrations du sympathique lombaire. — MM. de Sèze et Fourcade. — Observation d'un cas typique et non familial d'acropathie ulcéro-mutilante chez un homme de 50 ans, à évolution chronique par poussées successives. Cas intéressant par le processus de reconstruction partielle, montrant parallèlement à l'aggravation de l'ostéolyse sur divers segments osseux le développement d'un processus de recalcification allant jusqu'à la reconstruction intégrale du segment atteint par l'ostéolyse.

Rejet de calculs biliaires par vomissement au cours d'une colique hépatique. — MM. Hillemand, Rousseau et Autin. — Observation rare ayant trait à un malade qui, au cours d'une colique hépatique violente, rejeta par vomissements, trois calculs à facettes, sans qu'on puisse découvrir trace d'une fistule.

Septicémie à pneumocoques avec néphrite aiguë, hyperazotémie. Echec de la pénicilline. — MM. Marquézy, Diriart, Mlle Guéret et M. Renault. — Observation d'une septicémie à pneumocoques chez un garçon de 6 ans et demi avec hémoculture positive et 3 localisations principales : rénale, pulmonaire et articulaire. Seule l'atteinte rénale ne fut pas modifiée par la pénicilline et la néphrite continua d'évoluer de façon inexorable.

Le citrate de soude intraveineux en thérapeutique. — M. Courbin (Bordeaux). — Résultats intéressants dans le traitement des accidents cérébraux de l'hypertension artérielle par les injections intraveineuses de 5 cm3 de citrate de soude en solution à 20 o/o.

Epithélioma glandulaire bronchique et tuberculose giganto-cellulaire. — MM. Nicaud et Lafitte. — Observation d'un néoplasme du sommet du poumon gauche ayant évolué de façon torpide avec comme tableau symptomatique : quelques hémoptysies et une condensation du lobe supérieur gauche et une atteinte profonde de l'état général. L'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'un épithélioma à type glandulaire. Le bacille de Koch fut découvert dans la nappe néoplasique.

Polio-encéphalite curable par sulfamidothérapie. — MM. Nicaud et Lafitte. — Chez une femme de 57 ans, les auteurs observèrent une ophtalmoplégie totale à début brusque, précédée de troubles visuels et caractérisée par des vertiges intenses ; le premier signe ayant été un ptosis bilatéral complet à gauche, partiel à droite. La sulfamidothérapie, continuée pendant 14 jours, a eu une action curative rapide : amélioration le 3e jour. Guérison totale en 8 jours.

Remarques cliniques et étiologiques sur une anémie érythroblastique de l'adulte. — MM. Olmer et Sarles (Marseille). — Observation d'une érythroblastose de l'adulte se caractérisant par la présence dans le sang de 17 érythroblastes pour 200 leucocytes. Le malade était traité pour un tabes et présentait un syndrome neuro-anémique qui révéla son affection et dans ses antécédents un Kala-azar guéri 17 ans auparavant.

NOTES POUR L'INTERNAT

Rectificatif

Une grossière erreur de mise en pages ayant rendu illisible la note sur le Nerf Récurrent parue dans le n° 14, p. 226, nous croyons devoir publier une seconde fois cette note en en rétablissant correctement le texte.

Nous prions nos lecteurs et l'auteur de bien vouloir excuser ce regrettable incident.

NERF RÉCURRENT

Anatomie et physiologie

Le nerf récurrent, ou *laryngé inférieur*, se détache du tronc du X, à droite, au niveau du bord inférieur de la sous-clavière, à gauche au niveau du bord inférieur de la crosse de l'aorte. Les deux récurrents, après avoir formé chacun une crosse autour de l'artère correspondante, remontent le long de la trachée, disparaissent sous le constricteur inférieur du pharynx et pénètrent dans le larynx juste en arrière de la corne inférieure du cartilage thyroïde.

Les deux récurrents possèdent une distribution analogue, ils ne diffèrent que par leur longueur et leurs rapports. Cette inégalité s'explique par l'*embryologie*. Primitivement, les deux récurrents dessinent leur crosse au même niveau, sous le sixième arc aortique. A droite, le cinquième arc aortique disparaît, le sixième ne persiste que dans la partie la plus interne (pour donner la branche de bifurcation droite de l'artère pulmonaire) : le récurrent décrit donc sa crosse sous le quatrième arc, représenté chez l'adulte par la sous-clavière. A gauche, le cinquième arc disparaît aussi, mais le sixième arc persiste entièrement pour donner la branche gauche de l'artère pulmonaire et le canal artériel, futur ligament artériel ; le quatrième arc donne la portion horizontale de la crosse de l'aorte. Le récurrent gauche reste bridé par la partie externe du sixième arc, son origine devient thoracique, sa crosse embrasse dans sa concavité le ligament artériel.

I. — Nerf récurrent droit

Après avoir contourné la sous-clavière juste en dedans de l'origine de l'artère vertébrale, le nerf récurrent droit se porte en haut et en dedans, vers le bord droit de la trachée, en passant derrière le paquet carotidien. Il ne pénètre dans la gaine viscérale que très tard, derrière le pôle inférieur du corps thyroïde.

a) Au niveau de son anse, il répond :

1° en haut, à la sous-clavière, directement, sans interposition d'une formation fibreuse ;

2° en bas, au versant antérieur du dôme pleural, rapport expliquant la possibilité de paralysie récurrentielle par pachypleurite ;

3° en dedans, à la bifurcation du tronc artériel brachio-céphalique, toute proche ;

4° en dehors, à l'anse sympathique de Vieussens, et plus loin, au phrénique.

Dans l'anse du récurrent s'insinue le nerf cardiaque inférieur droit.

b) Dans son *segment sous-thyroïdien*, il répond :

1° en avant, à la carotide primitive ;

2° en dedans, à la trachée, dont il se rapproche ;

3° en arrière, au cordon du sympathique, et à l'artère vertébrale qui recouvre le ganglion étoilé ;

4° en dehors, au segment initial, ascendant, de l'artère thyroïdienne inférieure.

c) Dans son *trajet rétro-glandulaire*, il répond :

1° en avant, à la face postérieure du lobe latéral, avec laquelle le nerf affecte les rapports les plus intimes sur toute sa hauteur : de solides tractus fibreux solidarisent récurrent et corps thyroïde ;

2° en dedans, à la face droite de la trachée, tout près de son bord postérieur ;

3° en dehors, il est en rapport avec la terminaison de l'artère thyroïdienne inférieure et avec les parathyroïdes.

— Les *rapports avec la thyroïdienne inférieure* et surtout avec ses branches de division sont décrits de façon différente suivant les auteurs, les variations individuelles sont nombreuses. Le plus souvent le récurrent est *croisé en arrière* par le tronc de l'artère : rarement, il s'insinue entre ses branches de division.

— Les *rapports avec les parathyroïdes* sont, eux aussi, sujets à de nombreuses variations individuelles. Schématiquement, le récurrent reste assez loin des parathyroïdes inférieures, situées au voisinage du pôle inférieur du lobe latéral, parfois au-dessous de lui, à une distance de 15 à 20 millimètres en dehors du nerf. En revanche, le récurrent longe souvent de près les parathyroïdes supérieures, plus petites, situées à mi-hauteur de la face postérieure du lobe latéral.

d) Dans son *segment terminal*, le récurrent répond à l'espace limité :

1° en dedans, par le chaton cricoïdien ;

2° en dehors, par le cartilage thyroïde, juste en dedans de sa corne inférieure ;

3° en arrière, par la muqueuse de la gouttière pharyngo-laryngée.

II. — Nerf récurrent gauche

Le nerf récurrent gauche contourne la face inférieure de la crosse de l'aorte, mais il en est séparé par la partie haute du ligament artériel, disposition expliquée embryologiquement. Il monte ensuite dans l'angle dièdre œsophago-trachéal, inclus d'emblée dans la gaine viscérale, et se termine de manière analogue au récurrent droit.

a) Au *niveau de la crosse*, il répond :

1° en haut, au ligament artériel, et à la face inférieure de la crosse de l'aorte, des adhérences intimes fixent le nerf à ces deux organes ;

2° à droite, aux ganglions inter-trachéo-bronchiques, au plexus cardiaque avec le volumineux ganglion de Wrisberg ;

3° à gauche, aux ganglions pré-bronchiques gauches, et, sur un plan un peu inférieur, au péricarde, dans la zone qui recouvre l'oreillette droite ;

4° en bas, aux fibres du ligament vertébro-péricardique.

b) En arrière de la crosse, le nerf s'insinue dans un défilé limité :

1° en avant, par l'aorte, au niveau du pied de la carotide ;

2° en dedans, par la trachée, et la naissance de la bronche gauche ; entre trachée et aorte, bourse séreuse de Calori ;

3° en dehors, par l'œsophage, uni à l'aorte par des tractus fibreux.

C'est dans ce trajet initial au-dessous, puis en arrière de la crosse de l'aorte, que le récurrent gauche est le plus exposé aux irritations par les médiastinites, aux compressions par les tumeurs et adénopathies de la région.

c) Dans le *dièdre œsophago-trachéal*, le nerf est accompagné par une chaîne ganglionnaire. Ses rapports sont à considérer dans deux étages, sous et rétro-glandulaire :

1° dans son *segment sous-glandulaire*, le récurrent gauche répond :

— en avant, à la carotide primitive gauche, latéro-trachéale ;

— en dehors, à la sous-clavière, latéro-œsophagienne, qui masque le canal thoracique. Il est croisé perpendiculairement par

la veine intercostale supérieure gauche, qui chemine horizontalement d'arrière en avant sur la plèvre médiastine. Entre carotide et sous-clavière se croisent en X le pneumogastrique et le phrénique, ainsi que les nerfs cardiaques gauches ;

2° dans son *segment rétro-glandulaire*, les rapports sont les mêmes qu'à droite. Toutefois, le nerf étant profondément maintenu dans l'angle entre trachée et œsophage, il n'a presque jamais de rapports avec le tronc de la thyroïdienne inférieure ; il passe presque toujours derrière ses branches de division.

d) Les rapports intra-laryngés sont les mêmes qu'à droite.

Rapports chirurgicaux des deux nerfs

Les récurrents, dont on connaît l'extrême fragilité, sont la préoccupation essentielle dans toutes les interventions sur les viscères du cou.

Dans la chirurgie du corps thyroïde, on ne doit jamais les découvrir. Il suffit pour cela de toujours respecter une lame glandulaire épaisse de 5 à 10 millimètres au niveau de la partie postérieure des lobes : on évite ainsi à la fois les récurrents et les parathyroïdes. Toutefois, s'il est rare de blesser les récurrents, il est fréquent de les élonger en exerçant une traction sur le lobe latéral, auquel le nerf adhère fortement.

Dans la ligature de l'artère thyroïdienne inférieure, il suffit de poser la pince aussi loin que possible de la glande, sur le tronc même de l'artère, pour éviter à coup sûr le récurrent.

Dans la chirurgie de l'œsophage, il faut se souvenir que le récurrent droit longe exactement le bord droit du conduit. Le gauche est pré-œsophagien, loin du bord gauche de l'organe, nettement antérieur, plus facile à voir et à éviter.

Branches collatérales

a) Les récurrents reçoivent constamment une ou plusieurs anastomoses venues du plexus pharyngien et surtout du ganglion étoilé : cette dernière représente une véritable racine sympathique du récurrent.

b) Les récurrents donnent constamment un certain nombre de branches viscérales :

1° les *nerfs cardiaques moyens*, qui naissent d'un côté comme dans l'autre au niveau de l'anse récurrentielle, et gagnent le plexus cardiaque par un trajet court à gauche, long à droite ;

2 des *nerfs œsophagiens*, transversaux et parallèles, sans anastomoses entre eux, réalisant une innervation segmentaire, en clavier, du conduit. Les uns sont destinés à la muqueuse, les autres à la tunique musculeuse. Le récurrent droit innerve l'œsophage cervical, le gauche tout l'œsophage sus-bronchique ;

3° des *nerfs pour la trachée*, musculaires, sensitifs et secrétoires ;

4° un filet inconstant pour le corps thyroïde.

c) Le récurrent donnerait enfin parfois une anastomose au nerf cardiaque supérieur, un filet au constricteur inférieur du pharynx.

Branches terminales

Rigoureusement symétriques, elles sont au nombre de trois :

1° une branche externe, destinée aux muscles *constricteurs* de la glotte,
crico-aryténoïdien latéral,
thyro-aryténoïdien,
qu'elle aborde par leur face superficielle ;

2° une branche postérieure, destinée aux muscles *dilatateurs* de la glotte,
crico-aryténoïdien postérieur,
inter-aryténoïdien,
qu'elle aborde en général par leur face profonde ;

3° une *anastomose avec le laryngé supérieur*, parfois dédoublée, qui remonte en arrière du larynx, entre muqueuse et muscles ou entre muscles et cartilages, pour former l'*anse de Galien.* De cette anse peuvent partir quelques filets pour l'inter-aryténoïdien.

Pour certains auteurs, la distribution de ces branches terminales n'est pas strictement unilatérale, chaque récurrent enverrait quelques fibres aux muscles du larynx du côté opposé.

Physiologie

Il est classique de dire que le nerf récurrent est le nerf moteur de l'hémi-larynx correspondant. Cette définition est juste, mais n'est pas suffisante : nous savons actuellement que le récurrent est un des nerfs les plus complexes de l'économie.

a) *Filets moteurs :*

Les filets moteurs sont, évidemment, de beaucoup les plus importants. Leur *origine* a donné lieu à bien des controverses : les centres moteurs bulbaires du larynx se trouvent dans le *noyau ambigu*, ou noyau moteur central du vague ; de là les fibres laryngées suivent, pour les uns, le trajet du pneumogastrique, pour d'autres celui du spinal bulbaire pour ne rejoindre le pneumogastrique qu'au niveau du ganglion plexiforme. Ce problème, de grande importance doctrinale, reste en suspens : il est probable que beaucoup de fibres récurrentielles, sinon toutes, empruntent le trajet du spinal bulbaire, puis du tronc du spinal, et enfin de sa branche de bifurcation interne.

La *distribution* de ces filets moteurs dans le larynx a pu aussi prêter à discussion. Pratiquement, elle est unilatérale. Toutefois on a soutenu la possibilité de filets destinés au côté opposé.

Un fait est remarquable : la réunion dans un même tronc nerveux de fibres destinées à des muscles antagonistes. Comme nous l'avons vu, en effet, c'est seulement à l'intérieur même du larynx que les fibres destinées aux constricteurs de la glotte se séparent macroscopiquement de celles qui sont destinées aux dilatateurs. Et pourtant, à l'intérieur même du tronc du nerf il existe une discrimination certaine entre ces deux groupes de fibres : toutes les paralysies des dilatateurs ne sont pas fatalement d'origine bulbaire. Certains auteurs ont même admis une fragilité plus grande des fibres dilatatrices à l'égard des agents traumatiques ou infectieux.

Ajoutons enfin que le récurrent n'est pas le seul nerf moteur du larynx. Le laryngé supérieur, en effet, innerve le crico-thyroïdien, muscle tenseur de la corde. Pour Exner, le laryngé supérieur enverrait même des filets moteurs à tous les autres muscles laryngés : ceci reste du domaine des hypothèses.

b) *Filets sensitifs :*

Le récurrent donne des nerfs à la trachée et à l'œsophage, parmi lesquels se trouvent des filets sensitifs. Intervient-il aussi dans l'innervation sensitive du larynx, surtout de la sous-glotte, quelle est la signification exacte de l'anse de Galien, ceci demeure incertain.

c) *Filets sympathiques :*

Nous savons aujourd'hui que le récurrent est richement doté de filets amyéliniques : il en posséderait presque autant que le laryngé supérieur. Ces filets proviennent de la chaîne sympathique cervicale, par l'intermédiaire des anastomoses que le récurrent reçoit du plexus pharyngien et du ganglion étoilé. Il existe en outre, sur le trajet du tronc du récurrent, quelques petites formations ganglionnaires autonomes. Ces filets sympathiques régissent la vaso-motricité de la trachée et du larynx, et interviennent dans le tonus de la corde vocale.

En conclusion, le récurrent est avant tout un nerf moteur. Mais il renferme des fibres sensitives et surtout sympathiques de grande importance physiologique.

P.-L. Klotz (janvier 1945).

Le professeur Georges Jeanneney (de Bordeaux)

1891-1945

Après une longue maladie supportée avec stoïcisme, le professeur Georges Jeanneney s'est éteint le 14 juillet dernier, à l'âge de 54 ans.

Cet éminent et charmant confrère ne comptait que des amis et des admirateurs qui tous ressentent profondément sa disparition.

Esprit original, épris de recherche, travailleur infatigable, Jeanneney était arrivé très jeune à une haute situation scientifique. Il avait fait toutes ses études à Bordeaux, conquis successivement sa licence ès sciences, le titre d'interne, celui de prosecteur. En 1922, il était chirurgien des hôpitaux de Bordeaux, l'année suivante il arrivait à l'agrégation. En 1933, il était nommé professeur sans chaire, en 1937 enfin professeur de clinique chirurgicale.

Jeanneney a attaché son nom aux sujets les plus divers. Alors qu'il était chirurgien de l'Hôpital du Cancer, il publia sur le cancer un livre devenu classique, puis son Traité des Tumeurs des os, écrit en collaboration avec Sabrazès et Mathey-Cornat. On lui doit encore divers excellents formulaires d'endocrinologie et de gynécologie, un traité de pathologie chirurgicale, des publications sur la transfusion. Il y a un an enfin, pendant l'occupation, Jeanneney publiait chez Doin un ouvrage magistral sur les « Applications chirurgicales de l'anatomie topographique ». Ce remarquable atlas d'anatomie chirurgicale restera le véritable couronnement d'une carrière scientifique qui promettait chaque jour davantage.

Dans notre journal, Jeanneney a publié de nombreux travaux, est-il nécessaire de rappeler à nos lecteurs sa revue sur « les myélomes » en 1944, et au début de 1945, un important travail sur les sulfamides.

Jeanneney était correspondant national de l'Académie de médecine et associé national de l'Académie de chirurgie. Il était officier de la Légion d'honneur et croix de guerre 14-18.

Notre bien regretté confrère a travaillé tant que ses forces ne l'ont pas trahi, entouré jusqu'à la fin avec un grand dévouement par ses élèves qui avaient en lui un maître dans la plus haute acception du terme.

Que dire du deuil qui atteint la nombreuse famille de notre regretté confrère ! Elle reste désemparée par la mort de son chef, après avoir été si cruellement frappée il y a peu de mois par la mort du fils aîné, l'aspirant Jeanneney, tombé glorieusement pour la France, en Alsace.

A Madame Jeanneney, à ses enfants, dont plusieurs sont encore en bas âge, nous adressons très respectueusement l'expression de notre bien profonde sympathie.

F. L. S.

INTERETS PROFESSIONNELS

CHAMBRE SYNDICALE DES MEDECINS DE LA SEINE

Assemblée générale d'information du 29 juin 1945

La Chambre syndicale des Médecins de la Seine a tenu sa première assemblée générale d'information, le vendredi 29 juin, au siège de la Confédération des syndicats médicaux, sous la présidence de M. le Professeur Fiessinger.

M. Fiessinger, après avoir rappelé que le rôle du syndicalisme médical consiste à défendre à la fois les intérêts matériels et moraux des médecins, donne la parole au Dr Dupas, secrétaire général, qui traite de **l'organisation professionnelle.**

M. Dupas fait un bref historique de l'organisation professionnelle avant et pendant la guerre, et immédiatement après la libération. A ce moment, il n'existait en effet qu'un seul organisme : les Conseils departementaux, nominés par les Comités de libération, sous l'égide du Comité départemental de libération.

Actuellement, la Chambre syndicale constitue le seul Syndicat médical de la Seine, les anciens Syndicats au nombre de quatre, dont le président, figurant à la direction de la Chambre syndicale, se redissoudront dans la Chambre syndicale, dès leur reconstitution légale.

Le futur Conseil sera élu aussitôt que possible, et comprendra 43 membres, dont 15 pour Paris, 9 pour la banlieue, 6 pour les spécialistes et 10 élus par l'assemblée générale.

Il sera nécessaire de préciser les rapports entre la Chambre et le Conseil départemental, l'état de choses actuel n'étant qu'un état de transition.

L'action de la Chambre syndicale est basée sur le respect de la charte et, pour ce qui est de la médecine sociale, nous voulons que cette médecine se fasse avec nous, — pas en dehors de nous, — pas contre nous.

Rappelons enfin que l'action de la Chambre syndicale, pour être efficace, nécessite une trésorerie saine et un nombre chaque jour croissant d'adhérents.

Contrôle médical des rapatriés, par le Dr Guyot. — Le ministre de la Santé publique, d'accord avec le ministère des Prisonniers, a décidé de créer un service médico-social pour dépister les affections dont peuvent être atteints les prisonniers, déportés et travailleurs libérés, les diriger éventuellement sur les organismes de prophylaxie, de préventions et de soins.

Ce contrôle comporte deux examens, pratiqués, le premier, dans les trois mois qui suivent ces rapatriements, et le second, trois ou quatre mois après.

Ce contrôle est le seul officiellement reconnu par les intéressés qui voudraient ultérieurement faire valoir leurs droits à pension.

Soins aux prisonniers et rapatriés, par le Dr Jodin. — Une ordonnance du 26 mai 1945 régit l'aide temporaire aux prisonniers et déportés.

Qu'il s'agisse d'anciens assurés sociaux ou non, on assiste ici à l'établissement du tiers payant, type formule, généralisé à des malades occasionnellement assimilables à cette catégorie.

Cette ordonnance ne sauvegarde ni l'intérêt des médecins, ni celui des malades.

1° Elle a été prise sans consultation préalable du Corps médical ;

2° Elle oblige les médecins à un insipide travail administratif ;

3° Elle oblige les rapatriés à des démarches humiliantes ;

4° Elle limite la liberté de prescription.

Le Dr Jodin rappelle que la Chambre syndicale avait offert la gratuité de la première visite de retour — puis, d'accord avec la Confédération, la gratuité des soins pendant 6 mois — donnant ainsi la preuve de l'esprit de solidarité, de la générosité et du patriotisme du Corps médical. Ces propositions ont été repoussées et remplacées par une loi dont l'inspiration, généreuse peut-être, se traduit par le mécontentement des médecins et celui des malades.

La fiscalité. — Le Dr Tissier-Guy rappelle d'abord que le fisc a des moyens d'investigation très précis sur les revenus médicaux.

Le médecin a le choix entre deux régimes :

a) Le régime du bénéfice réel ;

b) Le régime du forfait, qui semble avoir la préférence de la plupart des médecins.

Actuellement, dans de nombreux secteurs, les forfaits antérieurs ont été dénoncés et considérablement augmentés. Ce régime est donc de nature à entraîner des contestations entre le contribuable et le fisc. Le contribuable a alors deux possibilités :

Faire appel au préconciliateur.

Faire appel à la Commission départementale des impôts directs.

Ces recours s'avèrent, la plupart du temps, illusoires, et M. Tissier-Guy donne les conseils suivants :

1° Tenez bien le livre-journal ;

2° En l'absence d'une comptabilité irréprochable, l'entente directe, dans le cabinet du contrôleur, est préférable à toute procédure.

Ce tour d'horizon fiscal permet à M. Tissier-Guy de formuler les conclusions suivantes :

1° L'évaluation des dépenses professionnelles, qu'il est impossible de distinguer nettement des dépenses familiales, doit faire, selon les catégories de médecins l'objet d'un forfait proportionnel aux recettes ;

2° Il sera demandé aux Caisses d'assurances sociales communication des relevés de frais médicaux qu'elles fourniront à l'administration des Finances ;

3° Le droit de contrôle sera rétabli dans les termes légaux antérieurs c'est-à-dire limité aux trois années qui précèdent l'exercice en cours ;

4° Les commissions de taxation seront réorganisées sous la présidence d'un magistrat ;

5° Le taux de l'impôt cédulaire sur les revenus professionnels sera réduit en raison du contrôle rigoureux dont ses revenus sont désormais l'objet et en raison des services publics gratuits qui sont imposés aux médecins.

Les Assurances sociales. — Le Dr GERSON fait état de l'opposition du Corps médical à l'ordonnance du 3 mars. Les dispositions de cette loi constituent un ferment de division et d'immoralité.

En pratique, l'homologation par trois ministres d'un tarif en augmentation constitue un renvoi « sine die ».

D'autre part, le Corps médical n'est représenté à la Commission d'homologation que par un seul médecin.

Que faire alors ?

1° Laisser fixer les tarifs par le ministre lui-même ;

2° Si ce tarif trop bas fixé est déposé, le ministre sera dans l'obligation de poursuivre les médecins, on verra alors, si la discipline syndicale joue, tous les médecins honnêtes s'asseoir sur les mêmes bancs que les médecins poursuivis ;

3° Nous revendiquons l'honneur de collaborer aux lois qui nous concernent, mais jusqu'ici les propositions constructives de la Confédération n'ont pas été sérieusement étudiées ;

4° D'ici là, la loi sera refaite et soumise au Parlement, montrant ce que nous voulons et faisons preuve de bonne volonté, et l'on tiendra compte de notre avis.

Mais la question dépasse de beaucoup le cadre de l'ordonnance du 2 mars. C'est tout le problème de la réforme des Assurances sociales et, par corollaire, d'un mode de l'exercice de la médecine qui se pose, dans les lois qui s'ébauchent actuellement. Quel que soit l'avenir, nous devons nous inspirer des principes suivants :

1° La loi doit être conçue pour tous les intéressés ;

2° Elle doit respecter les quatre principes qui font de la médecine une profession libérale.

ASSOCIATION GENERALE DES MEDECINS DE FRANCE

Assemblée générale

L'assemblée générale de l'A. G., groupant plus de 11.000 médecins, a eu lieu le 22 juillet 1945 à Paris. En l'absence du doyen Baudouin, président, en mission en Amérique, le vice-président, le Dr Le Lorier, adressa un souvenir ému à la mémoire de Chapon, l'ancien et si actif président, et de Darras, Lutaud et Bongrand. Il remercia les donateurs, MM. Debat et Roussel, puis annonça la réforme des statuts exigée par les lois en vigueur. « Améliorons nos œuvres de prévoyance et d'assistance », a dit l'orateur, et ainsi se développera l'autorité morale de l'A. G.

L'œuvre de bienfaisance permet de distribuer annuellement plus **d'un million de francs** à des médecins âgés, malades ou privés de ressources, ainsi qu'à des veuves et orphelins de médecins. Quant à la prévoyance, elle s'exerce par l'intermédiaire **des retraites individuelles** pouvant être versées à partir de l'âge de 50 ans, sans cesser le travail, et atteindre le maximum de **45.000 francs** (doublé pour un ménage). Le projet de modification des statuts fut voté après un débat d'une haute tenue auquel prirent part des délégués du Périgord, de la Meuse, de Paris, de la Seine-et-Oise, de la Seine-et-Marne et de l'Oise. Le Dr Decourt, de retour de la première réunion à Londres de la **British Medical Association,** fut très entouré, ainsi que son compagnon de voyage, le Dr Cibrie.

Un exposé du Dr Cibrie :

En présence du trouble persistant apporté dans l'organisation médicale, M. Cibrie, enfin rétabli dans ses fonctions de secrétaire général de la Confédération des Syndicats médicaux, a été prié de faire un exposé des questions à l'ordre du jour.

Il l'a fait avec précision et méthode, prouvant que les médecins pourraient sortir de la nuit où ils étaient plongés depuis cinq ans. M. Cibrie avait pensé, comme beaucoup, qu'au lendemain de la bataille de Paris, on allait retourner aux libertés syndicales... mais cet heureux événement ne s'est pas produit, et le **3 mars,** une **ordonnance** boulevarsa la charte médicale en supprimant l'entente directe dans les Assurances sociales. Un autre projet d'ordonnance est à l'étude et prévoit comme ayant droit à bénéficier des A. S. les titulaires de revenus jusqu'à 120.000 francs, ou de traitements annuels, l'intéressé versera 7.200 francs par an.

Les 2.150 médecins, réunis en mars 1945 à la Maison de la Chimie pour protester contre le texte du 3 mars, chargèrent M. Cibrie d'en discuter avec M. Parodi, ministre du Travail : l'entretien fut quelque peu de nature « révolutionnaire ». Pour couper court à la discussion, le ministre déclara que la France vivait en **économie surveillée,** ce qui justifiait l'ordonnance exigeant que les syndicats fixent un tarif minimum pour les A. S. et le soumettent à l'examen des ministres du Travail et de la Santé publique.

Si ceux-ci le jugent trop élevé, **ils le fixent eux-mêmes ! !**

Toutefois, M. Parodi, ému de l'importance de la manifestation citée plus haut, discuta avec M. Cibrie les vœux des protestataires.

Une nouvelle bataille s'engagea sur la fameuse ordonnance des 26 juin et 9 juillet 1945 au **Conseil supérieur de la Solidarité sociale ;** M. Cibrie ramena à ses idées le Conseil et fit **céder** le ministre. Une autre ordonnance remplacera celle du 3 mars et permettra aux médecins de pouvoir se défendre plus utilement et de faire triompher leurs idées.

D'autres problèmes furent soulevés par l'orateur et, parmi eux, celui de la **reconstitution des syndicats.** Celle-ci dépend d'une commission dite de reconstitution ne pouvant donner son avis tant que l'épuration médicale n'est pas terminée dans le département. Néanmoins, la majorité des syndicats est reconstituée en France.

L'A. G. et le Dr Touchard, secrétaire général ont eu le beau geste de convoquer M. Cibrie à leur barre, car les délégués de retour en province ne manqueront pas de propager la bonne parole. Et maintenant une conclusion s'impose à la suite de l'assemblée de l'A. G. : **tous** les médecins doivent faire leur l'idée du Dr Molinéry, c'est-à-dire réaliser **le coude à coude** au sein des syndicats et de l'A. G.

Rappelons qu'à Paris un seul syndicat a réuni les quatre anciens syndicats sous le nom de **Chambre syndicale des Médecins de la Seine.** Le maintien de la médecine en tant que profession libérale est à ce prix.

Maurice MORDAGNE.





Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe). Dépôt légal. — 1945. — 3e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd.

N° 17. — 1er SEPTEMBRE 1945 118e ANNEE Ce numéro : 4 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31**

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 100 fr. Etudiants, 50 fr.; Etranger, 150 et 180 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

Août 44 — Août 45

Il y a un an, après une longue période d'oppression sanglante, Paris, dans un mouvement prodigieux de révolte, se libérait avec l'aide des chars de Leclerc, puis de nos amis américains.

Peu à peu, la Résistance triomphait dans toute la France.

Les journées inoubliables d'août 1944 furent suivies de mois pénibles. La France meurtrie, pillée par les nazis, ravagée par la guerre, faisait néanmoins un courageux effort de redressement. Puis ce fut l'effondrement de l'Allemagne sous les coups foudroyants des glorieuses armées alliées et de l'armée française reconstituée. Ce fut encore la délivrance de nos prisonniers, celle des déportés martyrisés par les nazis dans les effroyables camps d'extermination...

Enfin, un an jour pour jour après la libération, le dernier ennemi, le Japon, est contraint de capituler.

Que nous réserve l'avenir ? La France, épuisée par les privations, diminuée dans ses moyens de production, n'est pas sortie des épreuves. Longtemps nous ferons figure de parents pauvres à côté de nos puissants alliés. Pour regagner notre place dans le monde, nous avons le devoir impérieux de nous unir résolument et de travailler sans défaillance à l'œuvre de redressement à laquelle nous convie le général de Gaulle.

Pour nous autres médecins, un devoir de plus s'impose, celui de notre solidarité avec les familles des confrères qui ont souffert et donné leur vie pour que la France soit libre.

INFORMATIONS

L'ambassade du Professeur Pasteur Vallery-Radot

Après une absence de plusieurs mois, M. le Professeur Pasteur Vallery-Radot, ambassadeur de France, est revenu du long voyage qu'il vient d'accomplir en avion pour visiter l'Amérique du Sud et l'Amérique centrale. Partout il a retrouvé de fidèles amis de la France qui considèrent plus que jamais notre pays comme le centre de la culture latine. L'ambassade de notre éminent collègue et ami aura contribué grandement à maintenir le rayonnement de la France dans les pays latins d'outre-Atlantique.

Hôpitaux

Concours spéciaux pour l'externat et l'internat des hôpitaux. — Par arrêté du ministre de la Santé publique en date du 9 août 1945 (voir J. O. 11 août 1945), deux séries de concours spéciaux seront organisés pour les étudiants en médecine candidats aux concours de l'externat et de l'internat des hôpitaux et qui se sont trouvés dans l'une des situations suivantes : déportés, internés, mobilisés ou engagés, prisonniers de guerre.

Ces concours spéciaux auront lieu pour l'externat en novembre et en décembre 1945, pour l'internat en janvier et en mars 1946. Nous publions plus loin (page 284), le texte intégral de cet arrêté.

Faculté de médecine

Le régime des études et examens de certaines catégories d'étudiants victimes de la guerre 1939-1945. — Un **arrêté interministériel,** en date du 9 août 1945, publié par le « Journal Officiel » le 15 août (p. 5.072 à 5.074), fixe les dispositions applicables en principe à tous les étudiants ou élèves des établissements d'enseignement public ou reconnus par l'Etat, dépendant du ministère de l'Education nationale qui appartiennent à l'une des catégories suivantes :

Prisonniers de guerre, détenus ou déportés, engagés volontaires ou mobilisés ayant pris part à une organisation de résistance ou contraints de travailler au profit de l'ennemi en France ou à l'étranger, victimes des lois d'exception.

L'arrêté prévoit une réduction des délais de scolarité et l'organisation de sessions spéciales d'examens, des programmes spéciaux réduits, ainsi que différentes dispositions relatives aux examens ou à des centres de préparation spéciale, et enfin à la soutenance de la thèse.

Les bénéficiaires de l'arrêté du 9 août 1945 pourront en principe en invoquer les dispositions pendant une période de cinq années scolaires, à compter du jour de leur première inscription ou immatriculation.

Cette première inscription ou immatriculation devra être prise :

1° Par les étudiants démobilisés ou rapatriés, ou libérés **avant** le 1er janvier 1945, dans un délai de six mois à partir de la publication de l'arrêté ;

2° Pour les étudiants démobilisés, rapatriés ou libérés **après** le 1er janvier 1945, dans un délai d'un an à compter de leur retour ;

3° Pour les étudiants encore sous les drapeaux et qui s'y trouveront encore lors de la cessation des hostilités dans les six mois qui suivront cette date.

Des prorogations de délai seront accordées pour maladie ou blessures de guerre ou de travail.

Le J.O. du 15 août publie un autre arrêté du ministre de l'Education nationale en date du 10 août rendant applicable aux **études et examens des facultés et écoles de médecine** les dispositions de l'arrêté interministériel du 9 août 1945 cité ci-dessus.

La sixième année en vue du doctorat en médecine est supprimée pour les étudiants ayant un an, au moins, de retard scolaire. En outre, pour les candidats qui ont subi un retard d'au moins 2 annees scolaires, la 5e année sera réduite à un semestre ; les candidats qui ont subi un retard d'au moins 3 années scolaires pourront achever la 4e et la 5e année en un an seulement.

Des dispositions analogues s'appliquent aux **étudiants en chirurgie dentaire** et aux **étudiants en pharmacie.**

Facultés de médecine de province

Par arrêté en date du 7 août 1945, sont déclarées vacantes à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger les chaires suivantes :

1° Chaire de medecine légale (dernier titulaire : M. Giraud, décédé) ;

2° Chaire d'hygiène, hydrologie et climatologie (dernier titulaire : M. Giberton, transféré) ;

3° Chaire de parasitologie et zoologie mé-

dicale (dernier titulaire : M. Senevet, mis à la retraite) ;

4° Chaire de clinique chirurgicale (dernier titulaire : M. Costantini) ;

5° Chaire de clinique chirurgicale infantile et orthopédie (dernier titulaire : M. Lombard, mis à la retraite).

J.O., 9 août 1945.

Légion d'honneur. GUERRE

Commandeur. — Le professeur Clovis Vincent, médecin commandant à la direction du service de Santé.

— Le médecin lieutenant-colonel Lichwitz, Ne division motorisée d'infanterie.

Officier. — Le médecin commandant Arène (Joseph), Ne D. I. marocaine.

Chevaliers. — Le médecin colonel Debenedetti, directeur général du service de Santé.

— Mme le Dr Fresnel (née Henry), du Comité médical de la résistance et M. le Dr Fresnel, chirurgien du Comité médical de la résistance, déportés en Allemagne.

— Le médecin capitaine Gernez, du Comité médical de la résistance.

— Le Dr Jean Minne, du Comité médical de la résistance.

— Le médecin lieutenant-colonel Sérafino, de la 15e région, chargé du service médical des F.T.P. à Marseille.

— Le médecin capitaine Daverne, groupe de commandos d'Afrique.

— Le médecin sous-lieutenant Presles, du Ne bataillon de zouaves.

— Le médecin capitaine Georges, du bataillon de marche des Antilles.

— Le médecin capitaine Gresse, du Ne bataillon médical.

Ces nominations comportent la croix de guerre avec palme.

— Le médecin commandant Amaral (Severo), chirurgien du Val de Grâce, membre de la mission médicale brésilienne auprès de l'armée française et auparavant dans les forces françaises libres.

— Le médecin commandant Montfort, des troupes coloniales, Ne division blindée.

— Le médecin commandant Biecheler, directeur du service de Santé de la Ne division blindée.

— Le médecin lieutenant Vedrenne, Ne groupe de tabor.

— Le médecin lieutenant Graveleau, Ne rég. de marche de la Légion étrangère.

— M. Ary Fichez, médecin de 1re classe de la marine.

Légion d'honneur. INTÉRIEUR

Chevalier. — Le Dr Pierre Favreau, médecin de la Défense passive à la préfecture de police, titres exceptionnels acquis au cours de la bataille pour la libération de Paris.

Médaille militaire

Le médecin auxiliaire Quinot (Georges), Ne div. d'infanterie.

— Le médecin auxiliaire Tardieu (Gilbert-André), Ne division d'infanterie.

A TITRE POSTHUME. — Le médecin aspirant Braun, du Ne bataillon médical, tombé le 23 août 1944, près de Toulon. Croix de guerre avec palme.

— Le médecin aspirant Gamby (André), Ne div. d'infanterie. Avait déjà reçu trois citations.

Citations à l'ordre de l'armée

Le médecin commandant Bernard (J. A. S.), détachement d'armée de l'Atlantique.

— Le Dr Gilbert Doukan (de Paris), au titre de la résistance.

— Le médecin commandant Ettori, du Ne rég. de zouaves.

— Le médecin sous-lieutenant Gabriel Richet, du Ne bataillon de choc.

Santé publique.

L'exercice de la médecine par des médecins étrangers. — Une ordonnance du 6 août 1945 (J.O., 7 août), règle les autorisations qui peuvent être accordées par le ministre de la Santé publique à des médecins ou à des chirurgiens dentistes étrangers, titulaires de diplôme d'Etat français, actuellement en instance de naturalisation. Ces médecins doivent remplir une des conditions suivantes : 1° S'être engagé pour la durée de la guerre dans une unité combattante de l'armée française en 1939-40 ; 2° S'être engagé dans une formation des forces françaises libres ; 3° S'être engagé dans une des formations françaises qui ont combattu contre l'Axe depuis novembre 1942 ; 4° Avoir participé efficacement à la résistance.

L'ordonnance prévoit différentes dispositions et notamment la nomination d'une Commission qui sera appelée à donner son avis au ministre.

L'accès au diplôme d'Etat pour les docteurs en médecine, chirurgiens dentistes et pharmaciens munis du diplôme d'université. — L'ordonnance n° 45-1.765 du 8 août 1945 (J.O. du 9 août 1945), dispose que les titulaires du diplôme d'université de docteur en médecine, chirurgien dentiste, pharmacien ou étudiants en cours d'études pourront être admis à postuler le diplôme d'Etat sous réserve : 1° Qu'ils justifient de services effectifs rendus à la France ou à ses alliés dans la guerre ou dans la résistance ; 2° qu'ils se soient mis en instance de naturalisation ; 3° qu'ils possèdent les titres initiaux français réglementaires ou leurs équivalents étrangers. L'article 2 prévoit un examen de culture générale française, et devront subir les examens cliniques et soutenir la thèse de doctorat, pour les médecins, et des examens récapitulatifs pour les chirurgiens dentistes et les pharmaciens. (Suite des informations, p. 286.)

Offres d'emploi

— Dame âgée, veuve médecin ou infirmière retraitée demandee pour réception, téléphone, tenue des comptes, etc., à partir rentrée octobre. Ne ne présenter que sur convocation. S.P.M.O., 3, rue de Lisbonne. Visa n° 14.915 O.R.T., Paris, 16 août 1945.

— Docteur banlieue Paris demande infirmière diplômée pour réception clientèle, piqûres, agents physiques. Très belle situation. S.P.M.O., 3, rue de Lisbonne. Visa n° 14.916 O.R.T., Paris, 16 août 1945.

LES LIPOCYTOMES

Par MM. L. Léger et R. Tingaud
Chefs de clinique à la Faculté de Bordeaux (1)

Pollosson, en 1925, dans sa thèse, groupait, sous le nom de conjonctivomes, un ensemble de tumeurs douées de caractères cliniques et évolutifs comparables, mais de nature histologique fort différente.

Certaines d'entre elles s'individualisent par le fait qu'elles dérivent du tissu graisseux et que le Soudan III y révèle la présence de graisse intra-cellulaire. Déjà des travaux importants leur ont été consacrés, mais il s'en dégage une certaine impression due pour une bonne partie à l'imprécision de la terminologie.

Ces néoplasies auxquelles il convient d'appliquer la dénomination de lipocytomes possèdent des caractères anatomiques et évolutifs assez particuliers.

Alors qu'à l'examen elles se présentent comme des néoplasies bénignes elles ont, au contraire, souvent une évolution maligne et leur pronostic doit être toujours réservé. D'autre part, il semble bien qu'elles doivent être considérées comme la manifestation locale d'une maladie qui touche dans son ensemble le tissu adipeux profond.

Cette notion de maladie de système intéressante au point de vue purement biologique comporte des incidences thérapeutiques qui obligent à revenir sur le traitement classique.

Nous avons eu l'occasion d'examiner six cas de lypocytomes, dont trois ont été suivis plusieurs années. C'est l'étude de ces six cas qui nous a incité à entreprendre ce travail.

Historique

C'est Virchow qui, pour la première fois, décrivit sous le nom de myxome lipomateux avec généralisation, ou liposarcome, les tumeurs malignes du tissu adipeux.

Bériel et Delachanal, en 1910, semblent avoir trouvé les premiers l'origine exacte de ces formations, qu'ils interprètent comme des tumeurs spécifiques de ce tissu douées d'une certaine facilité de récidive. En 1925, Pollosson groupe sous le nom de conjonctivomes un ensemble de néoformations présentant des caractères cliniques semblables, mais d'une grande variété anatomo-pathologique et au sein desquels se situent les lipocytomes.

La même année Lubarsh étudie sous le nom de « metastasieren den lipom » un processus dans lequel coexistent des masses tumorales de structure adipeuse plus ou moins typique. L'auteur considère l'une de ces tumeurs comme la primitive et les autres comme des métastases. Il semble bien à la lumière de ces connaissances actuelles que cette interprétation soit erronée.

Geschickter en 1934 en propose une classification. Il réserve le terme de lipome embryonnaire aux lipomes récidivants surtout composés de spongiocytes et nomme fibro-lipomes les lipomes myxomateux.

En 1936, Goormatight consacre à ces formations un travail très clair et très documenté. Il insiste sur les caractères histologiques complexes, mais montre que les différents tissus constitutifs dérivent tous de la souche lipoblastique. Il attire, d'autre part l'attention sur le manque de parallélisme entre l'aspect histologique et l'évolution clinique. Enfin, il introduit la notion de maladie de système.

En 1938, Gricouroff, sous le nom de lipome embryonnaire, décrit certains aspects myxoïdes de tumeurs malignes du tissu graisseux.

Enfin, au Congrès de Chirurgie de 1938, Moulonguet et Pollosson fournissent une étude très complète des sarcomes musculaires et de ce qu'ils nomment les coulées conjonctives des membres, parmi lesquels ils isolent les sarcomes lipoblastiques, caractérisés par la sécrétion intracellulaire de graisse.

Etiologie

Nous ne savons que bien peu de chose au sujet de l'étiologie de ces tumeurs.

L'âge : le maximum de fréquence se situe entre 30 et 60 ans. Mais les adultes jeunes et les vieillards ne sont pas à l'abri. Les enfants eux-mêmes paient leur tribut.

Le sexe : les femmes seraient plus souvent atteintes. Il est difficile de donner des proportions exactes.

La syphilis a pu être invoquée comme cause prédisposante, mais il ne semble pas qu'elle influe sur l'évolution de la tumeur.

Le traumatisme est assez souvent invoqué comme cause déterminante. Le rôle exact est bien difficile à établir.

La transformation d'une tumeur bénigne est discutable.

Moulonguet et Pollosson ne pensent pas qu'une telle éventualité soit possible. Le plus souvent l'évolution est d'emblée celle d'une tumeur maligne et même opérée dès le début la récidive est de règle.

Certaines de ces tumeurs au contraire peuvent avoir au début une évolution cliniquement bénigne et l'examen anatomo-pathologique pratiqué à ce stade montre un tissu adipeux très voisin de celui des lipomes banaux ; mais une étude plus approfondie révèle les indices de malignité certaine.

D'ailleurs l'évolution se charge plus ou moins rapidement de préciser un diagnostic clinique et parfois même histologique hésitant.

Etude histologique

Les aspects sous lesquels sont susceptibles de se présenter ces tumeurs d'origine graisseuse sont essentiellement variés. Cependant, dans tous les cas, il nous a été possible de mettre en évidence le caractère lipomateux d'un grand nombre de cellules, grâce à l'existence de gouttelettes plus ou moins volumineuses colorables au Soudan III. C'est la communauté de nature des éléments de ces tumeurs qui nous a incité à les réunir dans le groupe particulier des lipocytomes :

Différents types de cellules sont rencontrés ; en voici une brève description.

1° Vésicules adipeuses de taille variable, avec noyau à peine visible accolé à la paroi, représentant la forme adulte ;

2° Eléments arrondis, réguliers, parmi lesquels on peut distinguer :

a) De petites cellules à noyau condensé et mince liséré cytoplasmique d'allure lymphoïde ;

b) Des cellules de dimensions plus importantes à noyau encore assez dense, parfois excentrique, entouré d'un halo clair, à cytoplasme étendu, avec quelques vacuoles ;

c) De grandes cellules possédant un grand noyau clair à chromatine lâche et un cytoplasme abondant d'aspect spumeux ;

3° Eléments allongés, fusiformes, évoquant les fibrocytes ;

4° Cellules rameuses, triangulaires ou étoilées, de petite taille, d'aspect myxoïde ;

5° Cellules volumineuses, irrégulières, à fort noyau atypique, parfois double, boudiné, à gros blocs de chromatine, donnant l'impression d'éléments sarcomateux.

En ce qui concerne les tissus la même diversité d'aspect est également observée. Suivant la prédominance de tel ou tel type cellulaire, ou suivant le développement plus ou moins considérable de la trame conjonctive interstitielle, on rencontre tout aussi bien des images de lipome presque pur, de fibro-lipome, de myxome, ou de fibro-sarcome.

Souvent sur une même pièce coexistent des plages de cellules de forme et d'âge différents, comme s'il y avait des centres de prolifération doués de vitesse de différenciation ou de dédifférenciation inégale. Il s'agit de tumeurs hétérogènes. Dans d'autres cas, toutes les cellules paraissent du même type ; elles ont subi la même dédifférenciation ; elles constituent des tumeurs homogènes. Cette distinction en tumeurs hétérogènes et homogènes, ainsi que le propose Goormatight dont nous partageons tout à fait la façon de voir, nous a paru bien correspondre à la réalité des faits.

Toutes les formes cellulaires qu'il nous a été donné d'observer soit dans des tumeurs différentes, soit en des points variés d'une même tumeur, soit aux dépens de récidives successives développées *in situ* ne sont pas sans offrir d'étroites relations. Elles appartiennent toutes, en effet, à la série lipoblastique, puisqu'on met toujours en évidence à leur intérieur des formations graisseuses plus ou moins abondantes. Mais, en outre, il existe entre elles des liens de filiation, certains types dérivant immédiatement de tels autres. Il nous a été possible de suivre toutes les formes de transition, et d'établir en quelque sorte une hiérarchie lipoblastique, grâce à l'étude de certains cas particulièrement heureux et démonstratifs, telle cette tumeur possédant dans son territoire plusieurs stades évolutifs successivement juxtaposés, telle cette autre tumeur récidivante offrant à chaque exérèse une image histologique dérivant de la précédente, mais plus évoluée.

D'un stade à l'autre, le passage s'effectue essentiellement par des phénomènes de régression, ou, mieux, de dédifférenciation ; les éléments cellulaires tendent à retourner à des états de plus en plus indifférenciés et anormaux. Les phénomènes régressifs débutent essentiellement au voisinage des artérioles et des capillaires. Il y a un grand intérêt à rechercher et à étudier les zones où ils se manifestent, car ce fait révèle un certain potentiel évolutif.

Parfois le travail de transformation ne porte que sur les cellules ; de nombreuses plages réalisent une forme que nous appelons vésico-cellulaire parce qu'elle est uniquement constituée par

(1) Travail de la clinique chirurgicale du Prof. Jeanneney. — De l'hôpital Tastet-Girard (Prof. agrégé Masse). — Du laboratoire d'anatomie pathologique (Prof. de Grailly).

une intrication en jeu de patience de vésicules et de cellules du type décrit au groupe b.

Souvent les modifications évolutives intéressent à la fois les cellules et la trame interstitielle. Tandis qu'entre les vésicules apparaissent les cellules de la lignée lipoblastique, on voit les éléments fibrillaires se mutiplier, se diviser ou s'épaissir, et éloigner les vésicules adipeuses les unes des autres.

Enfin, quelquefois la prolifération porte davantage sur les éléments fibroblastiques et entraîne une prédominance de l'aspect fibro-lipomateux.

L'évolution tumorale se fait ensuite vers des formes sarcomateuses globo ou fuso-cellulaires.

Au cours de cette évolution régressive, on observe souvent un état intermédiaire, en général transitoire, s'intriquant avec des aspects plus ou moins dédifférenciés que lui.

Les nombreuses dénominations que l'on relève dans la littérature (myxome lipomateux, lipome myxoïde, sarcome lipoblastique myxoïde, myxo-sarcome, lipome embryonnaire) indiquent la difficulté que l'on éprouve à le classer.

Nous voudrions préciser ici les traits sous lesquels se présente cet état très particulier. Les éléments cellulaires, rarement tassés les uns sur les autres, se trouvent le plus souvent dispersés au sein d'une substance interstitielle muco-albumineuse parcourue de fines fibrilles collagènes ébauchant de vagues faisceaux. Il s'agit de cellules n'offrant guère de monstruosités, de forme parfois arrondie ou polyédrique, le plus souvent triangulaire ou étoilée avec de nombreux et fins prolongements. Leur cytoplasme, quoique peu abondant, possède presque toujours quelques vacuoles plus ou moins volumineuses colorables au Soudan III.

La substance interstitielle n'offre d'affinité tinctoriale particulière ni pour le muci-carmin, ni pour le vert-lumière.

Dans un mémoire paru dans le *Bulletin du Cancer*, en 1938, Gricouroff estime que de telles cellules ne peuvent provenir que d'éléments graisseux embryonnaires, et que la meilleure dénomination pour les tumeurs qu'elles constituent, est celle de lipome embryonnaire. A notre avis, il ne convient pas de conférer à l'état lipomyxomateux une individualité aussi marquée. Celui-ci, en effet, apparaît à des moments différents de l'évolution tumorale et coexiste souvent avec des états voisins. Il représente un stade de passage dans le cours des transformations que sont susceptibles de subir les tumeurs de ce genre. Ces éléments cellulaires si caractéristiques nous paraissent davantage résulter de dédifférenciation à partir de formes adultes que dériver de formes embryonnaires ; une preuve nous a été fournie par un cas dans lequel ont pu être suivies, à l'occasion de récidives, les transformations progressives du lipome simple à l'état lipomyxomateux.

Les perturbations vasculaires et les phénomènes d'atrophie qui en résultent, contribuent sans doute pour une part importante à la création de cet état myxomateux.

Le processus régressif de dédifférenciation qui préside à l'évolution des tumeurs adipeuses que nous étudions s'accompagne d'un accroissement parallèle de la potentialité des cellules. Celles-ci deviennent, en effet, susceptibles d'engendrer tout aussi bien des éléments de même âge qu'elles, que des formes de transition pouvant aller jusqu'à la vésicule adipeuse adulte. A partir d'un certain degré de régression, la potentialité génératrice déborde la lignée lipoblastique, et s'engageant dans des voies aberrantes, va intéresser diverses autres séries conjonctives. Ceci explique l'existence de plages fibroblastiques ou rhabdomyomateuses, ainsi que l'apparition de cellules d'origine sanguine sous forme d'amas de lymphocytes ou de Mastzellen. Nous avions tout d'abord cru que l'on pouvait accorder à ces voies aberrantes une certaine signification évolutive ; les faits nous ont montré qu'il valait mieux n'en pas tenir grand compte.

L'évolution de ces tumeurs est longtemps insensible ; mais souvent, à la suite d'une extirpation aussi complète que possible, des récidives d'allure moins bénigne, ou même des manifestations à distance sont susceptibles de se produire. On aimerait trouver dans l'état histologique de ces tumeurs des éléments permettant une certaine prévision de l'évolution. L'aspect général se montre particulièrement trompeur ; en effet, il rappelle souvent un lipome banal et fait espérer un avenir trop favorable ; parfois il donne l'impression d'un sarcome, et laisse entrevoir un pronostic bien plus sombre que la réalité. Cependant, il est certaines particularités histologiques qui permettent de comprendre et de déceler la malignité très spéciale de ces tumeurs à la fois réduite et masquée :

1° *Les cloisons fertiles.* — Au sein d'un lipome d'aspect banal certaines travées fibro-conjonctives paraissent plus riches en cellules qu'on s'y attendrait. Il s'agit en général d'éléments volumineux, arrondis ou fusiformes à fort noyau, dense, souvent boudiné. Ces zones suspectes, mais momentanément quiescentes, sont susceptibles, sous des influences inconnues, de fournir le point de départs de nouvelles vagues de multiplication cellulaire avec apparition d'atypies et de formes dédifférenciées. La dénomination de cloisons fertiles que leur a donné Goormatight leur convient admirablement ;

2° *Les transformations successives.* — Si l'on est amené à considérer la série des aspects d'une tumeur à l'occasion de récidives successives, on ne peut s'empêcher d'attribuer une signification importante aux transformations auxquelles on assiste. Certes, il n'y a peut-être pas un parallélisme étroit entre l'aggravation histologique et l'évolution clinique, mais il n'est pas douteux que ces changements morphologiques aboutissent progressivement à des aspects proches du sarcome, traduisant bien la malignité particulière de ces tumeurs ;

3° *Maladie de système.* — Les particularités étudiées jusqu'ici ne rendent pas compte de tous les faits. C'est ainsi qu'on comprend mal qu'après l'ablation total d'une tumeur bien limitée, il puisse se produire des récidives locales, ou bien qu'apparaissent des foyers nouveaux à distance. Dans les deux cas, il ne s'agit ni de propagation ni de métastases, mais de nouveaux centres autonomes de prolifération tumorale. Ceux-ci prennent toujours naissance au niveau du tissu adipeux, contrairement aux métastases qui se greffent n'importe où, et parfois possèdent une structure plus différenciée que celle de la tumeur initiale. Tout se passe comme si l'acte opératoire créait au sein du tissu adipeux un déséquilibre profond et se montrait susceptible de déclencher en des points différents de ce tissu des incitations prolifératrices anormales. La notion de maladie de système s'applique admirablement à de tels faits ; elle explique bien des discordances entre la clinique et l'histologie, et montre que la malignité dépend davantage de l'atteinte générale d'un système que des anomalies des formes cellulaires. Même en ce qui concerne les récidives *in situ*, il nous paraît plus satisfaisant, pour les comprendre, d'invoquer une maladie de système que de se contenter de parler de malignité locale, notion sans intérêt ni conséquence pratique.

Les tumeurs graisseuses qui font l'objet de cette étude possèdent, comme nous venons de le voir, des caractères très particuliers qui leur confère une individualité certaine. Une terminologie spéciale mérite de leur être réservée.

Afin de n'évoquer ni le lipome simple, ni le liposarcome, nous donnons notre préférence comme Goormatight à la dénomination de lipocytome.

Etude anatomo-clinique et thérapeutique

Mis à part quelques cas à développement intra-viscéral, les lipocytomes se développent au niveau du tissu adipeux intermusculaire périviscéral et intra-osseux. Goormatight donne à cet ensemble le nom de graisse profonde et l'oppose au tissu cellulaire sous-cutané qui n'est pratiquement jamais atteint.

Mais ces tumeurs se présentent d'une façon fort différente suivant leur localisation. C'est pourquoi nous étudierons successivement :

1° Les tumeurs à développement superficiel (lipocytomes des membres en particulier) qui sont d'exploration et d'accès chirurgical facile ;

2° Les tumeurs profondes intra-abdominales, intra-thoraciques, intra-craniennes ;

3° Les lipocytomes généralisés.

Et cela d'autant plus que pour chacune de ces variétés la sanction thérapeutique est différente.

I. — LIPOCYTOMES SUPERFICIELS :

Localisation :

Lipocytomes des membres : Ils se localisent surtout sur le membre inférieur, plus particulièrement au niveau de la région fémorale postérieure, au voisinage du sciatique et au niveau du canal de Hunter, beaucoup plus rarement au membre supérieur. Ils se développent au sein de ce que Moulonguet et Pollosson nomment les coulées conjonctives des membres, c'est-à-dire du tissu graisseux de remplissage qui sépare les muscles et entoure les nerfs et les vaisseaux.

Lipocytomes cervicaux : Beaucoup plus rares que les précédents, ils se développent au niveau des espaces celluleux du cou (Jeanneney).

Exceptionnellement on peut rencontrer des localisations :
Faciales (boule de Bichat) ;
Mammaires.

Etude anatomo-clinique :

Le début passe inaperçu. La tumeur naît et s'accroît de façon insidieuse. Lorsqu'on est amené à examiner le lipocytome il a déjà un volume variant d'un œuf à une tête de fœtus.

Les signes fonctionnels font le plus souvent défaut.

Parfois, cependant, le malade se plaint de sensations de lourdeurs et exceptionnellement de douleurs à type de névrite.

L'état général n'est aucunement touché.

L'examen révèle une masse régulière ou bosselée, élastique, de consistance homogène ou, au contraire, ramollie par endroits, dont la palpation est indolente et dont les limites sont nettes.

La peau susjacente, distendue demeure intacte et ne présente pas une circulation collatérale anormale.

Les troubles de compression sont inexistants à ce stade de

l'évolution ; parfois, cependant, un léger œdème peut marquer la gêne de la circulation de retour.

La radiographie révèle l'intégrité complète du squelette. Par contre, elle peut montrer une artère voisine calcifiée et déviée par la masse.

Examiné sur une pièce opératoire, le lipocytome se montre plus ou moins arrondi ou ovoïde, bosselé, parfois même polylobé.

Sa coloration est blanc jaunâtre, rarement rosée. Sa consistance est ferme avec parfois des zones kystiques.

La tumeur est toujours encapsulée par une membrane fibreuse mince, lisse, peu résistante sur les tumeurs de petites dimensions, mais qui peut devenir très importante sur celles de gros volume. Cette capsule donne au lipocytome une allure de tumeur bénigne qui peut en imposer et cependant il n'en est rien.

Il s'agit là d'une notion essentielle ; le lipocytome qui, par sa capsule se présente comme une tumeur bénigne ne doit pas être considéré comme tel ; son comportement est, en effet, souvent celui d'une tumeur maligne.

A la coupe :

La tumeur est dense, ferme, presque fibreuse. Néanmoins, il peut exister des zones molles. Certaines contiennent un liquide citrin et ont un aspect œdémateux. Ce sont ces régions qui pour Geschickter se présenteraient au microscope avec un aspect myxomateux. D'autres, au contraire, constituent des pseudo-kystes à contenu huileux ou hématique.

Enfin, dans de très rares cas, on a rencontré des territoires calcifiés, ostéoïdes ou cartilagineux.

Les organes voisins :

Sont repoussés par la masse, mais en demeurent toujours séparés par la capsule.

Les vaisseaux et les nerfs sont repoussés, étirés.

Les lymphatiques demeurent indépendants et les ganglions correspondants sont indemnes.

La vascularisation :

De la tumeur est peu importante et l'énucléation se fait sans hémorragie notable. C'est du moins l'opinion classique. Mais Dos Santos a obtenu par artériographie des images de circulation néoplasique typique avec une riche chevelure vasculaire.

Evolution :

Ces tumeurs ont essentiellement une croissance expansive. Elles augmentent de volume entourées par leur capsule qui continue à les isoler des organes voisins. Les troubles de compression sont tardifs et relativement rares.

Les nerfs présentent parfois une telle intimité avec la tumeur que Virchow interprétait certains de ces néoplasmes comme des névromes en dégénérescence myxomateuse.

Les veines peuvent être comprimées, mais il existe rarement un œdème important.

Les artères sont étirées, distendues, mais le plus souvent la circulation s'effectue normalement.

Parfois vaisseaux et nerfs se creusent comme une gouttière à la surface de la tumeur, ou sont englobés par elle, ce qui oblige lors de l'énucléation à une résection de ces éléments, bien qu'il n'existe pas d'adhérences intimes.

Le squelette demeure le plus souvent éloigné de la néoformation, parfois, cependant, il est à son contact. Il peut alors présenter des altérations périostiques sous forme de spicules osseuses.

La tumeur abandonnée à elle-même continue à s'accroître. Il est très rare à l'heure actuelle d'observer de ces énormes tumeurs qui distendent les téguments au point de les faire éclater. C'est alors qu'apparaissent des érosions cutanées, source d'infection de la masse néoformée.

Les signes généraux, température et amaigrissement, font alors leur apparition, tandis que localement surviennent « des ulcérations, des écoulements puriformes, des éliminations de fragments sphacéliques, des hémorragies ».

C'est au milieu de ce cortège que l'affection évolue plus ou moins rapidement vers la mort.

Le plus souvent l'évolution se fait en plusieurs étapes, marquées par autant d'interventions chirurgicales, suivies par autant de récidives locales.

C'est là un des caractères dominants de l'histoire de ces tumeurs.

Dans d'autres cas c'est un malade ayant déjà subi une amputation ou une désarticulation qui revient parce qu'il présente sur un autre membre, au cou ou à la face, une tumeur semblable à celle qui a motivé l'intervention première.

Parfois, enfin, le malade amputé ou désarticulé présente des signes de localisations profondes. Les antécédents font alors le diagnostic.

Ces tumeurs non traitées entraînent le plus souvent la mort par leur évolution locale en deux à six ans.

Récidives, métastases :

La tendance à la récidive est un des caractères dominants de ces néoformations. Chez les malades suivis on la voit apparaître presque infailliblement. Elle est parfois très rapide, apparaissant dans les semaines qui suivent l'intervention. Le plus souvent elle survient plusieurs mois et même plusieurs années après l'extirpation de la tumeur primitive. Ce caractère tardif est assez spécial au lipocytome. Elle peut se faire à distance ou *in situ.*

Les caractères anatomiques des récidives sont souvent différents de ceux de la néoplasie primitive.

Les récidives *in situ* s'en éloignent surtout par le fait qu'elles peuvent perdre l'aspect de néoplasme encapsulé. Elles adhèrent alors aux organes voisins, à la peau, aux muscles, aux paquets vasculo-nerveux. Mais l'envahissement de ces organes est exceptionnel.

C'est alors que les adénopathies peuvent apparaître, prenant d'ailleurs le type inflammatoire.

Les récidives à distance affectent le plus souvent la forme de coulées néoplasiques. Il semble que très souvent ces récidives à distance soient déclenchées par l'intervention économique ou large sur la tumeur primitive, comme si l'opération créait un état de déséquilibre favorable au développement de la néoplasie.

Beaucoup d'auteurs considèrent ces localisations secondaires comme des métastases.

Siegmund et Goormatight admettent, au contraire, qu'elles résultent du développement indépendant d'une formation tumorale de nature semblable au sein d'un même tissu.

Ces récidives réalisent le trait d'union entre les formes localisées et les formes généralisées et nous voyons apparaître à nouveau la notion de maladie de système. Cette notion rend compte des mauvais résultats qui suivent les interventions larges faites même précocement.

Métastases :

Pour Moulonguet et Pollosson les métastases sont très fréquentes et siègent le plus souvent au niveau de la plèvre et du poumon.

Pour Goormatight elles seraient exceptionnelles. Ce que la majorité des auteurs considèrent comme des métastases ne sont que des récidives, manifestations de la maladie atteignant l'ensemble du système adipeux profond.

Qu'il s'agisse de récidives ou de métastases un fait paraît certain : l'action déclenchante de l'intervention.

Formes cliniques :

Nous signalerons seulement quelques formes anatomiques.

Les formes pelvi-crurales :

Soit qu'elles prennent naissance au niveau de la région fessière et du triangle de Scarpa pour gagner ensuite les échancrures sciatiques ou le canal crural, le tissu sous-péritonéal, soit qu'elles naissent au niveau de ce tissu pour s'extérioriser secondairement ces formes constituent le trait d'union entre les formes à développement superficiel et celles à développement profond.

Il est facile de concevoir les conséquences thérapeutiques qui résultent de semblables localisations.

Les formes thoraco-brachiales :

Sont comparables aux précédentes mais beaucoup plus rares.

Les formes cervicales :

Siègent le plus souvent à la partie externe du cou, au niveau de la gouttière carotidienne. De par leur localisation elles sont vouées à une exérèse limitée.

Diagnostic

Le diagnostic n'est pas toujours facile. En cas de doute la biopsie donnera la clef du problème.

Diagnostic différentiel :

— Les tumeurs cutanées sont facilement éliminées par leur siège superficiel et par leurs rapports flagrants avec la peau.

— Les tumeurs osseuses ne prêtent à discussion que dans quelques rares éventualités :

C'est d'abord le cas des tumeurs osseuses n'altérant pas l'architecture de l'os comme certains myélomes ou certains fibrosarcomes ;

C'est ensuite le cas d'un lipocytome déterminant au contact de l'os une légère réaction périostique.

— Les affections inflammatoires des muscles (syphilis, tuberculose, myosite à germes banaux), si elles posent un diagnostic délicat avec les tumeurs musculaires, se confondent beaucoup moins facilement avec les tumeurs graisseuses, qui se localisent toujours dans les espaces intermusculaires.

— Les affections parasitaires : le kyste hydatique des coulées conjonctives simule à s'y méprendre parfois, un lipocytome. En l'absence d'antécédents nets et des réactions biologiques c'est un diagnostic d'intervention.

— Les tumeurs bénignes des parties molles :

a) Lipomes profonds. — Certes sans vouloir nier l'existence de ce genre de tumeurs il faut reconnaître que leur interprétation

est délicate. Il n'est que de considérer les coupes pour se rendre compte de la facilité avec laquelle on étiquette lipome un lipocytome vrai ;

b) Les tumeurs bénignes des nerfs. — Neurinome ou neurogliome placés dans les espaces intermusculaires sont parfois d'un diagnostic délicat, d'autant plus qu'elles ne s'accompagnent souvent d'aucun syndrome neurologique ;

c) Les tumeurs bénignes des tendons. — Tumeurs à myéloplaxes, kystes synoviaux, sont généralement des diagnostics d'intervention.

— Les tumeurs malignes des parties molles :

a) Les sarcomes des coulées conjonctives, des tendons, des gaines synoviales, des synoviales articulaires, sont à leur début des diagnostics de microscope ;

b) Les néoplasies malignes des nerfs et des vaisseaux sont exceptionnelles.

— Les affections ganglionnaires : les inflammations chroniques et les tumeurs des ganglions constituent rarement aux membres un diagnostic délicat, mais il en va tout autrement pour les formes cervicales.

En face d'une tumeur du cou, c'est en effet d'abord aux ganglions qu'on pense : le lymphome, le lymphocytome et le lymphoblastome ne seront souvent éliminés qu'après une biopsie.

— Enfin certaines lésions peuvent être confondues avec les lipocytomes : corps étrangers inclus, injection médicamenteuse non résorbée, hématome post-traumatique, myosite ossifiante, vieil anévrysme.

Traitement

Nous envisagerons tout d'abord l'étude du traitement tel qu'il est conçu actuellement, puis nous dirons un mot des conséquences thérapeutiques que peuvent entraîner les acquisitions anatomopathologiques récentes.

Les méthodes chirurgicales :

1° *L'énucléation :* est une opération facile grâce au plan de clivage péricapsulaire, mais en fait illogique étant donné l'existence des infiltrations péricapsulaires ;

2° *L'ablation large :* c'est l'ablation de la tumeur en passant largement à distance en tissu sain. Faut-il respecter dans ce cas les éléments vasculo-nerveux ? Sans doute la résection d'un tronc artériel ou nerveux ne se fait-elle pas toujours d'un cœur léger et les troubles consécutifs équivalent-ils parfois à une amputation. Mais, si l'on croit Moulonguet et Pollosson, elle est logique car il faut appliquer à ces tumeurs la chirurgie de tous les cancers, c'est-à-dire l'exérèse large.

L'ablation large est l'intervention la plus étendue que l'on puisse appliquer aux localisations cervico-faciales. Elle ne satisfait aucunement aux règles de la chirurgie du cancer. C'est pourquoi, en ce qui concerne les lipocytomes des membres elle est abandonnée pour les amputations et les désarticulations ;

3° *Les amputations :* sont suffisantes en cas de tumeur située loin de la racine du membre ; elles ont pour elles leur bénignité relative. Mais dès qu'il s'agit, au contraire, comme c'est le cas le plus fréquent, d'une localisation voisine de la racine, il faut leur préférer la désarticulation, plus grave sans doute, mais plus satisfaisante, théoriquement du moins ;

4° *Les désarticulations :* réalisent une ablation beaucoup plus étendue des parties molles. Tandis que Sorrel et avec lui J.-L. Faure et Richard conseillent l'intervention rapide, Leriche et Roux-Berger insistent au contraire sur l'intérêt de l'opération menée lentement, progressivement avec ligature isolée de chaque vaisseau, novocaïnisation de chaque tronc nerveux avant sa section. Les muscles seront coupés très près de la racine du membre, ou mieux désinsérés comme le conseille Quénu.

Enfin dans les tumeurs volumineuses ou situées très près de la racine du membre, il faudra au membre inférieur pratiquer l'inter-ilio-abdominale et à l'épaule l'intercapulo-thoracique ; opérations graves certes, mais qui seules répondent aux nécessités de la chirurgie du cancer.

Ainsi les chirurgiens se sont orientés vers les interventions larges. Sans doute cette ligne de conduite est-elle dictée par les notions actuellement admises en matière de chirurgie du cancer, mais les lipocytomes apparaissent — il faut bien le reconnaître — comme des cancers à évolution particulière.

Avec Goormatight et Geschickter on est en droit de penser que l'affection — si elle porte en un point précis du tissu adipeux — est plus ou moins latente au niveau de toute la graisse profonde et c'est pourquoi on est obligé d'admettre que l'opération la plus large est loin d'être entièrement satisfaisante.

La physiothérapie :

Classiquement ces tumeurs sont radiorésistantes. Néanmoins, dans la statistique de Moulonguet et Pollosson (Congrès de Chirurgie de 1928) sur 33 tumeurs de ce type, 16 furent traitées par radiothérapie associée à la chirurgie, 4 se montrèrent radiosensibles, 2 néanmoins récidivèrent après traitement. Ponthus dans le nouveau traité d'électrothérapie cite les statistiques suivantes de Hintze :

Chirurgie : tumeurs opérées, 395 ; guéries après 5 ans, 33 %.
Radiothérapie : tumeurs traitées, 201 ; guéries après 5 ans, 25 % ;
Radio-chirurgie : tumeurs traitées, 82 ; guéries après 5 ans, 39 %.

Mais les précisions anatomopathologiques sont insuffisantes pour juger de quelles tumeurs il s'agit exactement.

D'autre part, Geschickter, Thibaudeau, Kiess, Quénu, Huet et Loyer apportent des cas réellement guéris par physiothérapie.

Indications

La majorité des auteurs considère la chirurgie comme le seul traitement des lipocytomes. Mais il y a divergence sur l'intervention à pratiquer.

Certains chirurgiens considèrent ces néoformations comme douées d'une malignité négligeable et les traitent par l'énucléation. Cette conduite et condamnable car les tissus voisins sont infiltrés d'éléments malins.

D'autres auteurs frappés par la fréquence des récidives *in situ* appliquent au contraire au traitement des lipocytomes des membres les lois générales de la chirurgie du cancer et pratiquent l'intervention large : amputation ou désarticulation.

Mais les lipocytomes ne peuvent être comparés aux sarcomes ou aux épithéliomas, ce sont des tumeurs douées d'une malignité très spéciale, fort inégale d'ailleurs sur le potentiel de laquelle l'anatomie pathologique elle-même ne peut nous fixer. Il existe manifestement des lipocytomes qui, opérés étroitement, n'ont jamais récidivé. En outre, la notion même de maladie de système plaide contre l'intervention large ; à quoi bon en effet amputer un membre alors qu'il s'agit d'une affection de toute la graisse profonde.

C'est pourquoi nous estimons que l'intervention qui s'adapte le mieux aux considérations que nous avons exposées, c'est l'ablation large passant loin à distance de la tumeur ; au cou c'est la seule possible ; aux membres, c'est elle que nous estimons la meilleure dans la mesure où elle permet la conservation du membre.

La radiothérapie mérite à notre avis d'être considérée avec plus de faveur.

Sans doute son action s'est-elle montrée jusqu'à présent fort inconstante ; il est indéniable néanmoins qu'il existe des lipocytomes radiosensibles. La différence de radiosensibilité de chacun de ces lipocytomes constitue une sorte de paradoxe dont nous ignorons tout ou presque des causes profondes. En fait, comme le font remarquer Moulonguet et Pollosson, nous sommes très peu renseignés sur la correspondance entre la structure histologique et le degré de sensibilité aux radiations.

Or nous avons vu, lors de l'étude histologique, combien la structure pouvait varier au cours de l'évolution d'un même lipocytome et de ses récidives *in situ*. Il n'est pas illogique de penser que la radiosensibilité varie en même temps que l'image histologique.

Il serait fort intéressant de savoir s'il existe un rapport exact entre ces deux facteurs mais cela semble bien difficile à déterminer dans l'état actuel de nos connaissances et nécessiterait des recherches longues et minutieuses. Néanmoins nous pensons que dans l'avenir il y aurait intérêt à tenter d'établir ce parallèle s'il existe afin de donner des indications thérapeutiques aussi judicieuses que possible.

Récemment Tavernier et quelques auteurs américains s'appuyant sur des statistiques étoffées ont montré que, utilisées à la période de début des ostéosarcomes la radiothérapie était inefficace et la chirurgie dangereuse, car cette période de début est particulièrement active au point que l'amputation déclenche, par un mécanisme qui nous échappe l'apparition rapide de métastases. Ces auteurs concluent que l'utilisation combinée de la chirurgie locale (excision) et de la radiothérapie donne des résultats supérieurs au traitement classique.

Peut-être existe-t-il, en ce qui concerne les lipocytomes, un phénomène comparable et il ne faut pas oublier que c'est l'association chirurgie et radiothérapie qui a donné à Hintze les meilleurs résultats.

C'est pourquoi nous pensons que la conduite la plus logique dans l'état actuel de nos connaissances est l'association de l'ablation large et de la radiothérapie.

II. — LIPOCYTOMES PROFONDS :

Plus rares, les lipocytomes profonds sont d'un intérêt chirurgical moindre car leur étude clinique et thérapeutique s'intègre pour une bonne part dans les tumeurs de nature différente, mais de siège semblable.

Localisations :

— Rétropéritonéales :

Ce sont les formes les plus fréquentes. Comme le fait bien remarquer Goormatight il faut entendre le terme de rétropéri-

tonéal dans son sens le plus large, c'est-à-dire qu'il faut concevoir sous ce vocable tous les tissus développés non seulement en arrière du péritoine pariétal postérieur mais encore ceux qui sont situés entre les deux feuillets du péritoine viscéral : mésogastre antérieur et postérieur et mesenterium commune.

Par ordre de fréquence les localisations se font dans :

La loge rénale et les tissus périrénaux ;
Les mésocolons ;
Le tissu rétropéritonéal du petit bassin ;
Le mésentère ;
Le méso-côlon tranverse ;
Le petit épiploon ;
Le grand épiploon ;
L'espace sous-diaphragmatique ;
Le cordon spermatique.

C'est à ce niveau et plus particulièrement dans la graisse périrénale que l'on rencontre les formes diffuses sur lesquelles nous reviendrons lors de l'étude anatomo-clinique.

Les autres localisations profondes sont extrêmement rares.

On a décrit des formes :

Thoraciques, siégeant dans le tissu celluleux rétro et sous-pleural ;

Orbitaires ;

Craniennes et rachidiennes, se développant dans ou sous les méninges molles ou dans les espaces épiduraux.

Enfin, il existerait quelques formes authentiques de localisations viscérales (rein, estomac, cœur) et articulaires (Auvray, Sabrazès et de Grailly).

Etude anatomo-clinique et thérapeutique :

Il est difficile de donner de la symptomatologie de ces tumeurs une description d'ensemble. Chacune d'elles se manifeste par des signes d'emprunt variables suivant sa localisation et souvent comparables à ceux des tumeurs de nature différente mais de siège semblable.

1° *Tumeurs rétro-péritonéales :*

Elles peuvent se classer schématiquement en deux catégories :

a) Les rétro-péritonéales au sens anatomique du mot, c'est-à-dire celles qui siègent dans la fosse lombaire et le tissu rétropéritonéal du bassin ;

b) Les intra-péritonéales, comprenant celles qui se situent à l'intérieur des mésos et des épiploons.

Les rétropéritonéales vraies :

Elles évoluent lentement; insidieusement, atteignant un volume parfois notable, sans s'être aucunement révélées. Les douleurs sont très longtemps absentes ou vagues à type de pesanteur ou de tiraillement. Il n'existe pas de signes urinaires, ni de syndrome de compression.

L'état général demeure très longtemps parfait.

A) Localisé dans la fosse lombaire le lipocytome atteignant un certain volume, se décèle alors sous la forme d'une tumeur lombaire, mais à évolution plutôt antérieure, gagnant la fosse iliaque ou l'hypochondre.

La masse est lisse ou bosselée, de consistance variable, elle possède les caractères habituels des lipocytomes auxquels viennent se surajouter les caractères cliniques des tumeurs rénales et pararénales : contact lombaire et ballotement rénal. Elle est en outre souvent croisée en avant par la sonorité colique.

La radio sans préparation peut la déceler ; l'image après injection de substance opaque dans l'arbre urinaire précisera son siège et dans une certaine mesure son volume.

Nous ne nous étendrons pas sur son diagnostic qui est celui de toutes les tumeurs pararénales.

Quant à sa nature exacte c'est le microscope seul qui la déterminera.

L'évolution est toujours semblable : augmentation de volume lente, troubles de compression tardifs, altération de l'état général très tardif.

Le traitement chirurgical s'intègre lui aussi dans celui des tumeurs rétropéritonéales, mais là comme pour les lipocytomes superficiels la radiothérapie régionale ou générale est susceptible d'apporter un appoint utile.

La récidive post-opératoire est là encore, sinon une règle du moins une éventualité fréquente ce qui ne saurait nous surprendre.

B) Si le processus se localise au tissu rétropéritonéal du bassin, la tumeur peut alors s'extérioriser au bout d'un temps plus ou moins long par les échancrures sciatiques aboutissant ainsi à une masse en diabolo ou en altères. L'extirpation dans ce cas ne peut être qu'incomplète.

On peut d'ailleurs envisager une intervention complémentaire intrapelvienne qui, décollant le péritoine, irait à la recherche de la seconde partie de la tumeur.

C) Enfin c'est à ce niveau que l'on rencontre de véritables coulées tumorales décollant sur une étendue plus ou moins importante le péritoine pariétal postérieur, refoulant les organes, décollant les mésos. Les limites deviennent par endroits assez imprécises et il existe des zones d'adhérences qui rendent vaine toute tentative de clivage.

Ce type de tumeur décrit par Dael et Hammer est très rare. Goormatight en a cependant rapporté un cas et l'un de nous en a donné dans sa thèse une observation détaillée.

Ce type de lipocytome présente deux caractères particuliers qui permettent de songer au diagnostic : d'une part il est secondaire à une intervention sur un lipocytome primitif — des membres — le plus souvent ; d'autre part, il entraîne fréquemment des troubles de compression surtout veineux importants.

Les intra-péritonéales :

Elles ont comme cela se conçoit une symptomatologie extrêmement polymorphe. Le plus souvent c'est l'existence d'une tumeur abdominale apparue en l'absence de tout syndrome douloureux ou fonctionnel qui attire l'attention. Plus rarement, ce sont des douleurs de siège et d'irradiation variables ou un syndrome fonctionnel fait de troubles du transit : diarrhée, constipation, entérorragies.

Il semble bien, à la lueur des études récentes, que nombre de tumeurs des mésos décrites autrefois comme des lipomes, myxolipomes, fibro-lipomes entrent dans le cadre des lipocytomes. C'est pourquoi il ne faut peut-être pas considérer l'énucléation simple comme un procédé de choix, mais la distinction est impossible au chirurgien qui intervient pour une tumeur d'apparence bénigne.

La résection étendue de l'intestin ou du méso est un procédé théoriquement plus sûr ; malheureusement, là encore, la notion de maladie de système vient diminuer notablement la sécurité que devrait apporter l'intervention large.

2° *Tumeurs intra-thoraciques, intra-craniennes, médullaires :* Ces tumeurs se confondent au point de vue clinique et thérapeutique avec les tumeurs de même localisation et de nature différente. Nous n'y insisterons pas. Nous signalerons seulement l'intérêt thérapeutique que pourrait avoir la téléradiothérapie.

III. — FORMES GENERALISEES.

Elles ont été décrites pour la première fois par Virchow qui les qualifie de « lipome myxomatoïde ».

Beaucoup plus tard, en 1925, Lubarsh étudie sous le nom de « métastasieren den lipom » un processus semblable.

Askanazy, en 1899, et Nienhuis avaient, avant Lubarsh, publié des observations comparables.

Siegmund, en 1934, analyse sous le terme de « lipoblastiche sarcomatose » un complexe tumoral du même ordre.

Ces formes dans lesquelles coexistent plusieurs masses tumorales disséminées sont en nombre restreint.

Lubarsh, Askanazy et Nienhuis en ont publié des cas typiques. Goormatight en rapporte un nouveau cas en 1938.

Certains auteurs considèrent qu'un des nodules est la tumeur primitive, tandis que les autres ne sont que des métastases.

La conception de Goormatight est différente : il s'agit d'un processus diffus, d'une atteinte simultanée de plusieurs points du tissu adipeux. C'est une véritable maladie du tissu adipeux dans son ensemble, une maladie de système.

Ces lipomatoses généralisées sont rares, mais il existe un assez grand nombre de formes de transition, dans lesquelles il n'y a en apparence qu'une seule masse tumorale, mais qu'un examen minutieux montre être constituées par la juxtaposition de plusieurs noyaux indépendants les uns des autres.

Hoseman et Lang ont consacré à ces formes un travail d'ensemble.

Ces tumeurs extrêmement intéressantes par leur nosologie et leur histogénèse, ne présentent au contraire, du point de vue clinique et thérapeutique, qu'un intérêt médiocre. Chacune d'elles suivant sa localisation apporte son cortège personnel de signes.

D'autre part, il est évident que le traitement de ces formes dépasse les possibilités chirurgicales. Il est légitime d'essayer un traitement radiothérapique sans d'ailleurs en espérer beaucoup.

BIBLIOGRAPHIE

Nous ne donnons volontairement qu'une bibliographie réduite. La bibliographie complète se trouve dans la thèse de l'un de nous (Tingaud, *Thèse Bordeaux*, 1944).

Askanazy. *Virchow' arch.*, CLVIII, 407, 1899.

Berriel et Delachanal. Les tumeurs malignes du tissu celluloadipeux (*Arch. de Méd. Exp. et Anat. Pathol.* 1912, p. 717).

Geschickter. *Lipoid Tumors* (*Amer. Journ. of Cancer*, 1934, p. 617).

Goormatight, Vanderlinden et de Pysseler. Lipocytomes et lipocytoses (lipoblastomes et lipoblastoses). Contribution à l'étude des liposarcomes profonds (*Le Cancer, Bruxelles* 13, 1936-1937, p. 3).

Gricouroff. Le diagnostic histologique du lipome embryonnaire (*Bull. Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, 1938, p. 241).

Lubarsh. (*Handb. D. Spez Pathol. u. Histol.*, 1925, p. 622.)

MOULONGUET et POLLOSSON. Sarcome des muscles et des coulées conjonctives des membres (Congrès franç. de Chirurg., 1938).
POLLOSSON. Contribution à l'étude des tumeurs des parties molles des membres (*Thèse de Lyon*, 1925).
SIEGMUND (H.). Lipoblastische sarkomatose (*Virchow's Arch. f. Path. Anat.*, 1934, p. 458).
VIRCHOW. *Virchow's Arch.* XI, 1857, p. 281 ; XXXII, 1865, p. 545).

SUMMARY

Lipocytoms

by Drs LÉGER & TINGAUD (de Bordeaux)

Lipocytoms are tumours affecting the adipose tissue and which can grow at the expense of the whole depth of the adipose system, that is to say, of the adipose tissue different from the subcutaneous cellular tissue.

These tumours may be either local, or, on the contrary, reach the whole of the internal fat : between those two extremes all the transitional forms may be observed.

There are superficiel cases (limbs, neck, face) which are easily dealt with by the attending doctor and the surgeon, and deep varieties (abdomen, thorax) in which the diagnosis and treatment raise much more complex problems.

After an ablation those tumours often recur, either « in situ », or « at a distance », in another part of the deep adipose tissue.

Macroscopically, speaking, lipocytoms have the appearance of innocent tumours, encapsuled, never tending to invade the neighbouring tissues ; even the troubles of compression remain discreet.

The cellular forms observed with those tumours, and the tissular aspects obtained show great variety. However, the identity of their adipose nature, the kindred his they show, make it an obligation to embrace them in the same anatomo-pathological entity.

The lipo-myxomatose aspect is this made clear and put in its true place, that of an intermediate, transitional phase.

The evolution takes place according to a regressive process of differentiation which occasionally overruns other connective families.

Proliferous septa, phases of successive transformations, a disease of the system are so many indications or notion imposed by facts which enable us to understand the particular characteristics of the malignity of those tumours.

In spite of this, an accurate prevision of the evolution remains difficult and it is not exceptional to meet with surprises. It is always better to rely on the probability of a reccurence at a later period of this particular malignity, whatewer my be the histological aspect prevailing when the examination takes place.

From a clinical point of view, superficial cases are localised, most of the time, on a level with the intermuscular connective spaces and usualy affect the lower limbs ; their diagnosis sometimes puts difficult problems which only histology can solve.

Most of the time, the deep forms of the affection become confused with tumours of a different kind which have developed on a level with the same region.

The fact that we have to deal with a disease of the system must always impose a guarded prognosis, even when the treatment is applied in the early stage.

Surgical treatment must be exclusively ressorted to in localized forms ; enucleation is illogical since the peritumoral tissues are invaded by suspect cells ; important interventions (amputation, disarticulation) are to be rejected as incapable of preventing the recurrences of this disease of the system.

The intervention which seems most logical is a wide ablation avoiding neoplasy.

Physiotherapeutic, classically known as ineffective, has nevertheless met with successes : it deserves consequently to be used systematically.

In our opinion, the ideal treatment consists, whenever possible in combining a wide ablation with physiotherapeutic.

ACTUALITÉS

LES PRINCIPES DE LA BOMBE ATOMIQUE

Maintenant que la guerre universelle est finie, il est permis de croire que les vainqueurs eux-mêmes déposeront les armes et que tous les ateliers et laboratoires de guerre seront voués aux œuvres de paix ; que la fameuse bombe atomique, produit démoniaque de l'intelligence du XXe siècle, sera transmuée pour toujours en une source inépuisable de jouissances pour l'humanité. Car la science moderne est véritablement l'arbre du bien et du mal dont parle la Bible. Elle sert indifféremment à améliorer la vie et à la détruire. Cet explosif inouï, qui a détruit d'un seul coup deux grandes villes terrestres, sera demain, si nous le voulons, le moyen tout puissant de nous affranchir de l'effort servile. L'énergie de l'atome, celle-là même qui intervient dans l'évolution des mondes et que la nature semblait avoir mise jalousement hors de notre atteinte, est sur le point d'être domestiquée tout comme celle de la gravitation et des combinaisons moléculaires.

Il faudrait beaucoup d'espace pour retracer l'histoire de cette conquête prodigieuse. Sans doute elle commence absolument le jour de l'année 1896 où Henri Becquerel découvrit par hasard la radioactivité naturelle, mais on doit plutôt lui donner comme point de départ cet autre jour de l'an 1919 où Ernest Rutherford réussit à Manchester sa première expérience de transmutation. Bombardant de l'azote avec les particules *alpha* du radium C, il vit sur un écran phosphorescent que ce bombardement causait des dégâts dans le gaz. On observait parfois, dans une direction opposée et à une distance de 40 cm., des impacts ressemblant à ceux des « rayons H », produits du même bombardement de l'hydrogène. Ces rayons H, Rutherford savait leur nature parce qu'il s'était représenté l'atome comme un système solaire en miniature : un noyau très petit au centre, et de légers électrons tournant autour de lui à des distances diverses et d'ailleurs considérables. L'atome d'hydrogène était formé d'un noyau appelé *proton* et d'un seul électron satellite. Les rayons H étaient des trajectoires de protons. Tout noyau atomique devait être constitué par une association de protons. En démolissant un noyau comme celui de l'azote (n° 7 de la série naturelle), on devait en expulser au moins un proton, et il devait rester le noyau du corps immédiatement inférieur, le n° 6, celui du carbone. En réalité, il restait le noyau du corps n° 8, à savoir l'oxygène, parce qu'une partie du projectile *alpha* s'était incorporée au noyau atteint. En 1919, Rutherford avait donc réussi à transmuer de l'azote en oxygène.

Pendant des années, on pratiqua ces transmutations infinitésimales sur les corps légers, toujours avec le même projectile, le corpuscule *alpha* du radium ou du polonium, autrement dit le noyau d'hélium. Ce n'est qu'à partir de 1932 que l'artillerie atomique s'enrichit de projectiles nouveaux à la suite d'une découverte remarquable, celle du *neutron* par l'Anglais Chadwick, un élève de Rutherford. Le neutron est une particule à peu près de même masse que le proton mais, comme son nom l'indique, complètement dépourvue de charge électrique. Théoriquement, il étendit la connaissance du mystérieux noyau. Pratiquement, sa neutralité lui rendit facile la désintégration des noyaux lourds, dont les noyaux fortement électrisés opposaient une résistance invincible au projectile *alpha*, du même signe qu'eux. Il avait, en outre, une particularité curieuse. Alors que tous les projectiles du monde agissent d'autant plus qu'ils sont plus rapides, le neutron est souvent beaucoup plus efficace quand il est lent, très lent. Sa vitesse doit, par exemple, être ramenée de 30.000 kilomètres à quelques kilomètres par seconde pour pouvoir attaquer certains noyaux. C'est la découverte importante de l'Italien Fermi.

En plus du projectile neutron, les Anglais Cockcroft et Walton révélèrent qu'on pouvait accélérer des particules atomiques comme le proton en les soumettant à des champs électriques intenses. Le grand intérêt de cette découverte, c'est de remplacer l'émission discontinue, lente et non dirigée des corps radioactifs par de véritables courants de projectiles qui se concentrent sur la cible avec une intensité des millions de fois plus grande. Il n'est plus besoin aujourd'hui de rechercher aussi âprement le radium à la surface du globe. Comme armement balistique, on l'a remplacé très avantageusement. L'Américain Lawrence a même inventé un nouveau « canon » qui utilise le champ magnétique et accélère par conséquent les projectiles non plus en ligne droite, mais en spirale, permettant d'obtenir des faisceaux et des vitesses encore plus considérables. C'est le fameux *cyclotron* dont M. Frédéric Joliot a fait construire un exemplaire au Collège de France.

Enfin la liste des projectiles s'est accrue d'un type nouveau, deux fois plus massif que le proton, le *deuton*, qui est le noyau d'hydrogène de l'eau lourde, variété rarissime de l'eau ordinaire, dont le poids moléculaire est 20 au lieu de 18.

***

Si l'on ajoute à ces magnifiques découvertes celle de la radioactivité artificielle, due à M. et Mme Joliot, on a l'ensemble de connaissances nécessaires pour comprendre la découverte d'où procède la bombe atomique. En juin 1934, en bombardant l'uranium par des neutrons, Fermi crut pouvoir affirmer qu'il avait créé des éléments nouveaux plus lourds que lui, c'est-à-dire qui n'existaient notoirement pas sur la croûte terrestre. Deux ans

plus tard, trois physiciens allemands Hahn, Strassmann et Mlle Meitner, commencèrent à analyser les produits de cette transmutation et à ébranler tant soit peu la croyance en l'existence des « corps transuraniens » de Fermi. Mme Joliot-Curie et M. Savitch d'une part, M. Joliot d'autre part, par une communication à l'Académie des sciences du 30 janvier 1939, achevèrent de détruire cette croyance. D'abord, il y avait rupture véritable du noyau de l'uranium ; ensuite l'analyse des produits de la désintégration indiquait la présence du lanthane, corps environ deux fois plus léger. Au moment où l'ennemi envahissait la France, il était reconnu partout que la désintégration d'un atome d'uranium en deux atomes de la famille des alcalino-terreux était accomplie. Mais l'intérêt était surtout dans les phénomènes qui l'accompagnaient : libération de 200 millions d'électrons-volts et émission de trois neutrons par atome détruit.

Ces deux phénomènes signifiaient pour les initiés que l'énergie atomique était dorénavant asservie. En effet, les transmutations faites jusque-là ne parvenaient à libérer que des quantités d'énergie dix fois plus faibles, et cette libération restait à l'échelle infinitésimale, sans possibilité pour l'homme de l'exploiter en quantité appréciable. Grâce aux neutrons libérés dans la formation des atomes nouveaux, on pouvait prévoir que la réaction serait de nature explosive, les noyaux d'uranium se désintégrant spontanément de proche en proche comme des grains de poudre comprimés. Le danger c'était que, cette désintégration une fois commencée se communiquât, non seulement aux atomes de la masse uranienne, mais à tous les atomes matériels, de proche en proche. Alors c'était la Terre même qui s'embrasait, comme ces novas qu'on voit apparaître dans le ciel, de temps en temps, à la place d'une étoile insignifiante.

***

Ce danger a été heureusement conjuré dans la bombe atomique fabriquée par les Anglo-Saxons. L'explosion reste à peu près localisée à la masse de matière employée et n'est pas contagieuse. Mais peut-on assurer qu'il en sera toujours ainsi et que des expériences moins prudemment conduites ne feront pas sauter tout ou partie de la Terre ? Nous sommes à la merci d'un fou lucide, un de ces malheureux que les psychiatres connaissent bien et qui fera payer à l'humanité tout entière les ressentiments de son esprit déséquilibré. Et nous ne savons pas non plus si, dans de ténébreux laboratoires, un vaincu ne mettra pas quelque jour la bombe atomique au service d'une vengeance collective. C'est en vain que M. Truman ou M. Churchill affirment que le secret de la désintégration de la matière ne sera pas révélé. Quelle illusion ! On ne cache pas longtemps un secret scientifique. La technique ne tarde pas à être maîtrisée quand les principes sont connus. Or les principes de la capture de l'énergie atomique sont d'enseignement public.

Si cela ne suffit pas, il y a les brevets. M. Joliot vient de nous apprendre, dans une communication à l'*Humanité*, qu'il a pris en 1940, et communiqué à l'Angleterre, les brevets d'une « machine à uranium » dont il donne une description assez précise. Dans son idée, et dans celle de ses collaborateurs von Halban et Kowarski, cette machine devait servir à désintégrer la matière en vue d'utiliser à des fins pacifiques l'énergie fabuleuse des transmutations. Nul n'était plus qualifié que le jeune maître français pour cette découverte nouvelle, dont le bruit fait par l'explosion de la bombe atomique tend aujourd'hui à le frustrer. Le gouvernement français de 1940 lui demanda de transmuer sa machine pacifique en arme de guerre. Il n'y manqua pas. Pour rendre explosive la masse d'uranium, il fallait y intercaler des « blocs » qui ralentissent les neutrons. Ces blocs, aucun physicien n'ignore de quelle matière ils sont constitués. L'explosion est d'ailleurs favorisée par « une certaine quantité d'éléments lourds spécialement préparés ». Tout cela est tellement clair pour un atomiste que *si les gouvernements anglo-saxons ne s'emparent pas dès maintenant de tous les minerais d'uranium du globe, le globe lui-même risque fort d'être un jour totalement anéanti.*

Si cet « accident » arrivait nous n'aurions pas le temps d'être... fiers que la machine à uranium soit une invention française.

René Sudre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 6 aout 1945

De l'adaptation à l'hyperoxie. — M. L. Binet et Mlle M. Bochet. — On a bien étudié des troubles dus à l'insuffisance d'oxygène et on a parfaitement démontré depuis longtemps l'existence d'une adaptation de l'organisme à cette insuffisance d'oxygène.

Les auteurs abordent le problème opposé, à savoir les troubles déclenchés par l'exagération d'une oxygénation.

Les animaux placés dans l'oxygène pur, en permanence, meurent en quelques jours. Y a-t-il moyen d'atténuer ces accidents ? A ce sujet, M. Léon Binet et Mlle Madeleine Bochet montrent que des rats ayant été soumis antérieurement à un régime alimentaire riche en levure, peuvent présenter une résistance anormale. Ils expliquent ce phénomène du fait de la haute teneur des levures en un corps soufré : le glutathion. L'ingestion de levure fait doubler le taux du glutathion sanguin et cette modification sanguine expliquerait la tolérance des animaux à l'oxygène pur, du fait que ce corps joue considérablement dans les oxydo-réductions.

Par ailleurs, les auteurs démontrent la possibilité d'adapter des rats à une atmosphère suroxygénée. Après 3 jours passés dans l'oxygène pur, l'animal est remis à l'air pendant 3 jours ; à cette date, remis dans l'oxygène, il tolère cette nouvelle épreuve pendant des semaines, voire deux mois.

Culture du b. subtilis en milieu de composition chimique définie en vue de la production et de l'extraction du principe antagoniste (subtiline) des bactéries pathogènes et des toxines microbiennes. — G. Ramon, R. Richou et Paul Ramon relatent leurs essais de culture du *b. subtilis* en milieu de composition chimique définie (milieu de Sauton glycériné). Ce qu'il faut retenir de ces essais, c'est, par comparaison avec les essais effectués antérieurement en milieu à base de son, la facilité plus grande de la filtration, c'est la valeur relativement grande des propriétés des filtrats obtenus, c'est enfin la possibilité d'extraire de ces filtrats sans être gêné par des substances étrangères complexes, le principe antagoniste (subtiline) des bactéries et des toxines microbiennes en vue de son utilisation expérimentale ou pratique.

Séance du 13 aout 1945

Sur une nouvelle méthode de perfusion avec du sang circulant. — MM. Léon Binet et M. Burstein. — Description d'une nouvelle technique de perfusion de la patte postérieure chez le chien avec le sang « circulant ». Expériences sur la patte normale et énervée.

Applications à l'étude de la régulation nerveuse et humorale du tonus vasculaire périphérique.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 juin 1945

Le rôle du bulbe duodénal dans la pathogénie et l'évolution de l'ulcère simple, à propos de deux observations expérimentales. — MM. Hillemand, Bergeret et Duméry. — Dans la première, il s'agit d'un ulcère peptique récidivant de la bouche opéré par la résection du moignon antropylorobulbaire et guéri par disparition des douleurs et de l'image radiologique. Dans le deuxième cas, malade atteint d'un ulcère peptique de la bouche et opéré par gastrectomie et résection du moignon. Ces deux faits paraissent démontrer que la gastrectomie pour exclusion peut être considérée comme le premier temps opératoire suivi de résection du moignon au cas d'ulcère peptique sur gastrectomie.

Forme méningée de la fièvre récurrente. — MM. Cattan, Corios et Cohen. — Observations de fièvre récurrente, observée en Tunisie, avec soit du liquide céphalo-rachidien normal, soit compliquée d'hémorragie méningée, soit caractérisée par une lymphocytose modérée, ce qui autorise la description de différentes variétés de la forme méningée pure de la fièvre récurrente.

Un nouveau cas de tuberculose miliaire aiguë du « post-partum » ayant pour point de départ une tuberculose génitale (tuberculose de la corne utérine droite et tuberculose caséeuse de la trompe correspondante). — M. Jacob. — A l'autopsie d'une femme secondipare venant d'accoucher de deux jumeaux et ayant commencé le soir même une granulie aiguë mortelle en 15 jours, on trouva de grosses lésions de l'appareil génital. Malgré le séjour dans l'utérus tuberculeux, les deux jumeaux demeurent bien portants. Le mécanisme de la dissémination demeure indiscutable. La prédominance des lésions sur la séreuse péritonéale reste en faveur de cette propagation par voie lymphatique.

Leucémie à monocytes avec purpura chronique et modifications cutanées rappelant le parapsoriasis lichénoïde. — MM. Coste, Boyer, Tourneur. — Homme de 54 ans présentant une affection cutanée caractérisée surtout par un purpura chronique récidivant, une coloration ocre de la peau, de l'atrophie cutanée. D'après les auteurs, cette dermatose se situe au voisinage du parapsoriasis de Brocq et Civatte.

Angiome en nappe très étendue, avec troubles de la coagulation sanguine du type hémophilique. — MM. Decourt, Lafourcade et Audry. — Apparition progressive, chez un homme de 46 ans, d'un hémangiome en nappe très étendue, formant une sorte de cuirasse sur le thorax et l'abdomen. A noter une seule fois une hémorragie aux dépens d'une excoriation traumatique de la lésion, qui coexiste avec un retard de la coagulation sanguine. Ce syndrome traduit une dysphagie embryonnaire des cordons de Hiss.

Séance du 6 juillet 1945

Septicémie post-angineuse à « bacillus funduliformis » guérie par la pénicilline. — MM. Desbuquois (Tours) et Iselin (Paris). — Un cas de septicémie à *bacillus funduliformis* confirmée par hémoculture. Guérison par pénicilline après tous les autres traitements. (Ce cas trouve son appui dans quatre observations du professeur Lemierre.)

Etude de la protéinémie dans les états carencés. — MM. Tzanck et Martineau. — Au moment de l'armistice, le problème de la réalimentation des déportés s'est posé de toute urgence. Actuellement, c'est le traitement des grands carencés qui devient préoccupant et qui nécessite la mise à la disposition des services dans les hôpitaux, la transfusion et le plasma. L'étude de la protéinémie devient de grande importance.

Ostéose fibro-kystique unilatérale à évolution lente avec pigmentation cutanéo-muqueuse associée. Syndrome d'Albreight chez l'homme. — MM. Duvoir, Poumeau-Delille et Alloteau. — Cas d'un malade de 48 ans, atteint d'une ostéose fibro-kystique unilatérale et d'une pigmentation cutanéo-muqueuse évoluant depuis l'âge de 3 ans et s'étant manifestée par des fractures spontanées. L'étiologie de ce syndrome demeure inconnue.

Le facteur « Rh ». Son importance théorique et pratique. — M. Tzanck insiste sur l'importance du facteur « Rhésus » découvert par Landsteiner et qui pourrait rendre compte de toute une pathologie du nouveau-né et aussi de la polyléthalité infantile, dont beaucoup de méfaits ont été rapportés indûment à l'hérédo-syphilis. L'auteur insiste sur l'intérêt de ces recherches lors de l'examen prénuptial.

Remarques sur le comportement, après vaccination par le B.C.G., de deux sujets atteints de maladie de Besnier-Bœck-Schaumann. — MM. Sohier et Grégoire. — Chez un premier malade, tous les tests tuberculiniques faits avant la vaccination et restés négatifs, sont devenus positifs 84 jours après celle-ci. Chez un deuxième malade, la vaccination a permis d'obtenir l'allergie tuberculinique sans aucune amélioration de l'affection en cause. Les auteurs évoquent à ce propos les hypothèses vraisemblables.

A propos de quelques cas de typhus observés chez des rapatriés. Valeur respective de l'hémo-diagnostic au Protéus X 19 et du séro-diagnostic aux rickettsies. — MM. Lereboullet et Guérin. — Les auteurs ont observé 34 malades atteints de typhus ou convalescents de typhus. Séro-diagnostic positif dans tous les cas. L'hémo-diagnostic positif dans 80 % des cas. Les auteurs considèrent l'hémo et le séro-diagnotic comme deux réactions sûres, s'étayant mutuellement. Le séro-diagnostic négatif élimine le typhus. Un hémo-diagnostic positif permet de l'affirmer.

Emphysème vésiculaire. Pneumothorax spontané. Silicose. Intérêt du pneumothorax. Diagnostic. — MM. Drouet, Herbeuval, Michard, Fabre (Nancy).

Séance du 13 juillet 1945

Acrodynie, chorée fébrillaire et symptômes encéphaliques. — M. Esbach, membre correspondant.

Hémorragies du vitré et ascaridiose. Nouvelles hémorragies du vitré et néphrite consécutive à une intra-dermoréaction à la toxine ascaridienne. — MM. Drouet, Thomas, Herbeuval et Faivre (Nancy).

Le rôle du bulbe duodénal dans la genèse de l'ulcère. Essai pathogénique. — MM. Hillemand, Bergeret et Duméry rappellent que le bulbe duodénal règle la sécrétion gastrique, soit par voie humorale, soit par voie directe. Ils insistent sur l'existence dans l'urine du sujet normal de facteurs anti-ulcéreux qui empêchent la production de l'ulcère expérimental et se demandent si l'ulcère n'a pas une origine toxique, soit par l'intermédiaire d'un trouble vago-sympathique, soit secondairement à un choc émotif ou à des écarts de régime.

Vacances. — La prochaine séance aura lieu le 12 octobre 1945.

SOCIETE DE PEDIATRIE

Séance du 15 mai 1945

Gangrène massive de la jambe chez un nourrisson mongolien. — MM. Lelong et Joseph. — Présentation du malade.

Etude de la croissance des enfants d'un groupe scolaire en 1943-1944. — M. Boulanger-Pilet et Mlle Breuille ont observé, comme les années précédentes, que la moitié environ des enfants avaient un accroissement pondéral insuffisant.

Poids et taille des écoliers parisiens en 1938 et 1944. — M. Boulanger-Pilet présente une importante statistique recueillie par les médecins-inspecteurs et les assistantes sociales des écoles de Paris, d'où il résulte que le poids moyen des écoliers est inférieur de 2 kg. 500 chez les garçons et de 1 kg. 500 chez les filles par rapport à 1938. La taille moyenne a également diminué. Une amélioration notable de ces chiffres est à prévoir dès que le ravitaillement sera redevenu normal.

Spasme pylorique grave du nouveau-né guéri par de fortes doses d'anti-spasmodiques. — M. Delthil a traité un spasme pylorique grave chez un nouveau-né de 2 kg. 900 par administration quotidienne de 3 centigrammes de gardénal et injection de 1/10e de milligramme d'atropine. Cet enfant a fait une intoxication médicamenteuse légère avec coma transitoire, à la suite de quoi les vomissements ont définitivement cessé et l'enfant a repris régulièrement du poids.

Spondylo-typhus. — MM. Marquézy, Bael et Durbout relatent l'observation d'une fillette de 12 ans 1/2, chez laquelle une fièvre typhoïde débuta par des douleurs lombaires violentes avec fièvre élevée, bon état général et plus tard dissociation du pouls et de la température, qui fit pratiquer un séro-diagnostic. Le résultat positif de ce dernier imposa le diagnostic. Ultérieurement, on vit apparaître sur les radiographies un pincement vertébral. Après une greffe d'Albee, l'enfant guérit complètement.

Les engelures dans un foyer scolaire parisien. Hiver 1944-45. — Mlle Tisserand a observé des engelures chez 31 % des enfants en décembre et 57 % en février ; cette aggravation semble due à des conditions atmosphériques défavorables. Elle précise quelques données statistiques et insiste sur deux localisations rares au genou et à la cheville.

Quelques données statistiques relatives à l'apparition des règles à Paris pendant la guerre. — Mlle Tisserand.


Nouvelle Présentation
L'HORMONE MÂLE
ACTIVE
par voie perlinguale
"LINGUETTES"
PERANDRONE
NOM DÉPOSÉ
MÉTHYL-TESTOSTÉRONE
CIBA
L'activité
par voie perlinguale
est comparable
à l'activité
par voie parentérale
Mêmes indications
que les formes
injectables
LINGUETTES A 5 mgr.
Tablettes fondant
sous la langue
1 A 3 PAR JOUR
LABORATOIRES CIBA _ Dr P. DENOYEL
103 A 117, BOULEVARD DE LA PART-DIEU, LYON


Blédine
★ Pour que les
enfants de France
poussent drûs
malgré tout
la Blédine est restée
malgré tout
l'aliment rigoureusement complet et entièrement assimilable.
Elle est restée
la vraie
Blédine
La seconde maman
R.-L. Dupuy

ANALYSES

A propos des antibiologiques, M. Welsch (*Bruxelles Médical*, 11 mars 1945).

On connaît depuis longtemps (Pasteur et Joubert, 1877), de tels corps, dont le dernier venu et le plus célèbre est la pénicilline. Le plus anciennement connu semble la pyocyanose. En 1914, Schiller observa que certains germes acquéraient en présence d'autres et seulement vis-à-vis de ces derniers, un pouvoir bactéricide ou bactériolytique (antagonisme provoqué) ; la culture simultanée sur un même milieu dépourvu d'azote assimilable serait nécessaire ; la symbiose devient une antibiose. Il semble en réalité qu'il y ait là non un caractère acquis, mais un caractère inné à certaines souches.

En 1924, Gratia constata qu'un microbe vivant peut, dans certaines circonstances, détruire les microbes tués de même espèce qui lui servent de milieu de culture.

Les actinomyces en particulier ont cette propriété. Les suspensions bactériennes ainsi dissoutes conservent après filtration des propriétés antigéniques utilisables en vaccinothérapie. Des lipoïdes bactéricides et des enzymes bactériolytiques semblent agir successivement.

Dubos, de l'Institut Rockefeller, a recherché de tels germes antibiotiques dans le sol, lieu de décomposition massive de substances chimiques analogues à celles dont on recherche l'attaque. Il faut, comme le faisait Schiller, pratiquer des « cultures de famine » qui permettent la sélection ; on peut aussi procéder à l'enrichissement spécifique du milieu. L'un des germes les plus actifs semble le b. brevis et son principe actif semble un mélange de gramicidine et de tyrocidine.

Depuis ce moment, de nombreux chercheurs se sont attachés à la recherche d'autres antagonistes.

R. L.

Le rôle du corps jaune au cours de la grossesse, Ch. Mayer (*Bruxelles Médical*, 11 février 1945).

Observation, exceptionnelle, d'une femme de 31 ans, II-pare, opérée pour double kyste de l'ovaire : ovariectomie double ; utérus laissé en place. 4 mois plus tard, on constate une grossesse qui se termine par la naissance, sans doute un peu avant terme, d'un enfant normal. Suites normales. Dans les mois qui suivent, syndrome de ménopause. Il semble donc qu'il y ait eu, lors de l'opération, grossesse commencée depuis 40 jours au plus et invisible encore.

Le corps jaune cesse donc, très tôt après la conception, d'être, chez la femme, indispensable à la poursuite d'une grossesse ; sans doute le placenta exerce-t-il la suppléance envisagée par Courrier.

La grossesse reconnue et pour parer à toute menace d'avortus, la malade a reçu de la progestérone. En réalité, depuis 3 mois déjà, la grossesse évolulait sans incident en l'absence de tout traitement.

R. L.

L'atébrine vengée [quinacrine]. — Philippe Dally (*Presse médicale*, n° 14, 7 avril 1945, p. 182).

L'auteur rappelle que l'atébrine ou atabrine, originaire d'Allemagne, permit aux Américains de lutter contre le paludisme, dans la guerre du Pacifique, alors que les Japonais, alliés des Allemands, avaient, par leurs conquêtes dans les Indes néerlandaises, privé les Alliés de la précieuse quinine.

L'atébrine est connue en France sous le nom de quinacrine. On doit à Ph. Decourt d'avoir mis au point son emploi dans le traitement du paludisme.

Les travaux américains (Paul de Kruif, *Readers Digest*, déc. 1944), rappellent les succès thérapeutiques et prophylactiques de l'atébrine en Nouvelle-Guinée et la vengent de légendes propagées par les Japonais pour entraver son emploi. Loin de conduire à l'impuissance, comme l'insinuaient les Japs, elle passerait, au contraire, pour un stimulant. Avec l'atébrine et la lutte contre les moustiques, le monde d'après-guerre devrait pouvoir éliminer la malaria.

M. L.

La quinine et ses indications. — L. Sasportas (*Revue du paludisme*, 15 janvier 1945).

Dans une excellente revue générale, l'auteur rappelle les services que la quinine, dont nous sommes privés depuis quatre ans, mais qui va revenir, est susceptible de rendre dans la Métropole au médecin de médecine générale.

En dehors de son rôle primordial dans le traitement du paludisme, rôle sur lequel l'auteur revient en détail à la fin de sa revue, la quinine trouve son emploi dans bien des cas. Contre la grippe, aux faibles doses, fractionnées (0,10 deux ou trois fois par jour), la quinine a une efficacité réelle, tant à titre curatif qu'à titre préventif, contre l'infection grippale.

M. L.

Les poudres insecticides (D. D. T.), par MM. L. C. Brumpt et René Truhaut (*Semaine des hôpitaux*, 28 avril 1945, n° 16, p. 436 à 439).

Le retour des rapatriés a posé de nombreux problèmes, celui de la désinfection apparaît le plus important pour prévenir l'éventualité redoutable d'une épidémie de typhus exanthématique.

Les moyens classiques de désinfection, tels l'étuvage et les fumigations, détériorent les vêtements et n'ont qu'un effet temporaire. « Un très grand progrès a donc été réalisé par l'emploi des poudres insecticides, dont l'effet est à la fois curatif et préventif. »

En France, on a préconisé l'*hexachlore-cyclohexane* ou benzène hexachloré qui, après dispersion dans une poudre inerte, talc, kaolin ou bentonite, est remarquablement actif contre le pou de tête et le pou de corps. Il n'est pas toxique, mais irritant pour les yeux et nécessite le port du masque.

Un autre composé, le *déchlorodiphényltrichloréthane* ou D. D. T. tient la vedette à l'heure actuelle.

Ce produit indolore, non toxique, est employé sur une large échelle dans l'armée américaine contre les poux et divers insectes. La poudre D. D. T. est dispersée à 5 ou 10 % dans du talc. « La technique d'application est très simple : le sujet à désinfecter reste habillé, la poudre est introduite entre la peau et le premier vêtement par les manches, le col et la ceinture, les cheveux et l'intérieur du chapeau sont également poudrés... On utilise en général un pulvérisateur à main, économique et léger, qui permet de traiter 20 ou 30 sujets à l'heure. Lors du rapatriement, on emploiera aux centres d'accueil du réseau frontalier des pistolets poudreurs fonctionnant à l'air comprimé et permettant un débit de 60 à l'heure. » La quantité de D. D. T. nécessaire pour chaque individu est de 30 gr. (pulvérisateur à main) ou de 50 gr. (pistolet). Cette application n'est pas à renouveler avant un mois.

Les Américains ont ainsi jugulé l'épidémie de Naples en 1943.

D'autre part, le Dr Girard a constaté, à Dakar, que le D. D. T. est un excellent larvicide et pourrait donc servir contre le paludisme. Les puces, les moustiques adultes, les punaises, les blattes, les termites, et aussi les insectes nuisibles à l'agriculture, ne résistent pas au D. D. T.

« Le poudrage est devenu le temps majeur de la prophylaxie du typhus exanthématique. »

L.

Syndrome de poliomyélite antérieure chez les enfants atteints de fractures des membres. — M. P. Lombard (*L'Afrique française chirurgicale*, sept.-déc. 1944, nos 5 et 6, page 167).

Il s'agit non pas de coïncidence de poliomyélite infectieuse, mais de lésions de commotion médullaire avec lésions traumatiques de la moelle comme Lhermitte et Roussy en ont décrit.

Chez un enfant de 2 ans tombé de 4 mètres avec commotion et fracture de cuisse. On observe une paralysie flasque du membre inférieur fracturé portant surtout sur le quadriceps, avec R. D., pas de troubles de sensibilité et vasomotricité.

Chez un enfant de 8 ans renversé par automobile, fracture de l'humérus et des deux cuisses, ultérieurement, paralysie incomplète du membre supérieur gauche (R. D. sur deltoïde, biceps, long supinateur) et au membre inférieur gauche, surtout dans le domaine du sciatique poplité externe, pendant quelques jours, troubles de la sensibilité du membre supérieur gauche.

Traités par l'électricité, ces malades se sont améliorés rapidement, mais la guérison reste incomplète.

M. L.

L'amblyopie tabagique. G. de Prins (*Bruxelles Médical*, 25 mars 1945).

Fréquemment observée depuis 1941 cette affection est plutôt une névrite optique axiale qu'une véritable névrite rétrobulbaire.

Les signes fonctionnels sont nets et précoces : scotome central sans lésion visible des milieux réfringents, du fond d'œil ni de la papille dont cependant le segment temporal peut montrer tardivement de la décoloration. Le rôle du tabac est parfois malaisé à reconnaître, ces troubles pouvant reconnaître d'autres étiologies.

Les cas observés par l'auteur sont purement tabagiques, atteignent la femme si elle fume aussi bien que l'homme. Cigarette, cigare ou pipe ont la même influence. La nocivité propre de la nicotine s'augmente peut-être de celles de CO et de HCN, produits accessoires de combustion.

Le début est lent, progressif, entre 40 et 60 ans ; il existe de l'éblouissement à la lumière vive ; la baisse de la vision peut être considérable mais n'aboutit jamais à la cécité. Une aggravation brusque amène en général le premier examen médical. Il existe un scotome paracentral relatif.

Le seul traitement efficace est l'abstention du tabac, prolongée 3 mois au moins et absolument continue. L'usage de beurre, de graisses, d'aliments riches en vitamines, de vitamine B sont des adjuvants d'utilité vraisemblable mais non évidente.

L'évolution est toujours très lente. R. L.

INTERETS PROFESSIONNELS

Concours spéciaux pour l'externat et l'internat des hôpitaux

Le ministre de la santé publique,

Vu l'ordonnance du 3 juin 1943 portant institution du Comité français de la libération nationale, ensemble les ordonnances des 3 juin et 4 septembre 1944 ;

Vu l'article 7 (1er alinéa) de l'ordonnance du 9 août 1944 portant rétablissement de la légalité républicaine sur le territoire continental, ensemble les ordonnances subséquentes, desquelles il résulte que sont maintenus provisoirement en vigueur les actes dits loi du 21 décembre 1941 et décret du 17 avril 1943 relatifs aux hôpitaux et hospices.

Arrête :

Art. 1er. — Deux séries de concours spéciaux seront organisées, suivant les modalités fixées ci-après, pour les étudiants en médecine candidats aux concours de l'externat et de l'internat des hôpitaux et qui seront trouvés dans l'une des situations visées aux articles 3 et 4 ci-dessous.

Art. 2. — Les concours spéciaux de la première puis de la seconde série auront lieu respectivement pour l'externat en novembre, puis en décembre 1945 et, pour l'internat, en janvier, puis en mars 1946.

I. — *Concours de remplacement*

Art. 3. — Pourront se présenter aux concours de la première série dits concours de « remplacement » les étudiants en médecine qui se sont trouvés dans l'une des situations suivantes et qui, de ce fait, ont été empêchés de se présenter au dernier concours normal :

1° Les déportés ou internés pour des motifs politiques ou militaires ;

2° Les mobilisés ou engagés dans les formations militaires françaises de terre, de mer et de l'air ;

3° Les mobilisés ou engagés dans les forces alliées ayant réintégré les forces françaises avant le 1er décembre 1942 ;

4° Les combattants des forces françaises de l'intérieur ou assimilés ;

5° Les prisonniers de guerre.

Art. 4. — Seront également admis à concourir :

1° Les étudiants qui se sont soustraits aux recherches ou aux réquisitions des autorités ennemies ou du pseudo-gouvernement de Vichy

2° Ceux qui n'ont pu faire acte de candidature du fait des mesures prises contre certaines catégories de Français ;

3° Ceux qui ont dû travailler sous la contrainte de l'ennemi (S. T. O.)

4° Ceux qui ont été atteints d'infirmités dans les conditions prévues par la législation en vigueur sur les victimes civiles de la guerre.

Art. 5. — Les candidats appartenant à l'une des catégories énumérées à l'article 3 ci-dessus bénéficieront d'une majoration de points dont le taux, par rapport au montant total maximum des points prévus dans le système de cotation, sera fixé ainsi qu'il suit :

5/100e pour la première catégorie ;

4/100e pour les deuxième, troisième et quatrième catégories ;

2/100e pour la cinquième catégorie.

En outre, les candidats bénéficieront, s'il y lieu, d'une majoration de 1/100e pour chacun des concours auxquels ils auront été empêchés de se présenter avant le dernier concours normal.

Enfin, une dernière majoration de 1/100e pourra leur être attribuée par la commission prévue à l'article 8 ci-après, lorsqu'ils auront fait preuve de mérites patriotiques exceptionnels.

II. — *Concours supplémentaires*

Art. 6. — Aux concours de la deuxième série dits « supplémentaires » pourront se présenter à nouveau les étudiants des catégories visées aux articles 3 et 4 ci-dessus soit qu'ils n'aient pu se présenter au concours de remplacement, soit qu'ils y aient été refusés.

Les candidats appartenant à l'une des catégories énumérées à l'article 3 bénéficieront des majorations de points prévues à l'article 5 dans les conditions indiquées par ledit article.

Art. 7. — Seront également admis à concourir les étudiants qui ne se sont trouvés dans l'une des situations définies aux articles 3 et 4 du présent arrêté qu'à une date postérieure à celle du dernier concours normal.

Toutefois, les majorations de l'article 5 ne leur seront applicables que dans les conditions suivantes :

5/100e pour les déportés ou internés ;

4/100e pour les combattants des forces françaises de l'intérieur ;

2/100e pour les prisonniers de guerre et pour les engagés dans les formations militaires.

Ils bénéficieront, en outre, le cas échéant, de la majoration prévue au dernier alinéa de l'article 5.

Enfin, pour l'application du présent article, la qualité de combattant des forces françaises de l'intérieur ne sera prise en considération que si elle a été homologuée par l'autorité militaire.

III. — *Dispositions diverses*

Art. 8. — La détermination du nombre de places à mettre au concours s'effectuera suivant les modalités prévues par la réglementation en vigueur.

Ce nombre, proportionnellement à celui des candidats, devra être le double du nombre moyen des places ouvertes aux deux plus récents concours normaux de telle façon que les intéressés aient deux fois plus de chances d'être reçus que les candidats à ces deux concours.

Art. 9. — Les demandes des candidats, accompagnées de tous documents justifiant leurs titres, seront soumises à une commission de vérification siégeant dans chaque région et comprenant cinq membres désignés par le ministre de la santé publique.

La commission, après examen des dossiers, classera les candidats dans les diverses catégories prévues aux articles 3 et 4 ci-dessus et fixera les majorations qui doivent leur être attribuées conformément aux dispositions du présent arrêté.

Art. 10. — Les étudiants qui ont été nommés internes provisoires à la suite d'un concours antérieur au plus récent concours normal et qui n'ont pu se présenter à ce dernier concours seront titularisés d'office s'ils appartiennent à l'une des catégories énumérées dans les articles 3 et 4 ci-dessus.

Art. 11. — Les étudiants qui auront fini leur scolarité et passé leur thèse avant la publication du présent arrêté et qui, d'autre part, rempliront l'une des conditions fixées par les articles 3 et 4, auront le droit de se présenter aux deux concours spéciaux visés ci-dessus ainsi qu'aux deux concours normaux de 1946 et 1947. Les intéressés devront souscrire un engagement formel de ne pas exercer la médecine pendant toute la durée de leur externat ou de leur internat.

Art. 12. — Les concours normaux pour l'externat et l'internat pourront reprendre dans les conditions pévues pour la réglementation en vigueur dès que les concours visés par le présent arrêté auront eu lieu.

Art. 13. — Le directeur de l'assistance est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 9 août 1945.

François Billoux.

Conseil supérieur des Médecins
60, boulevard Latour-Maubourg, Paris
Communiqué

Paris, le 26 juillet 1945.

L'appel fait auprès du corps médical pour la Caisse de solidarité en faveur des victimes de la guerre commence à porter ses fruits, et nous espérons que des sommes de plus en plus nombreuses et importantes viendront nous permettre de pallier à toutes les misères. Mais il nous faut connaître celles-ci et pour cela nous avons besoin de tout votre concours.

En ce qui concerne les orphelins, il faudrait en faire le recrutement dans chaque département. Ceci ne peut être effectué que par des confrères dévoués et disposant du temps nécessaire ; nous vous serions donc obligés de désigner des médecins qui se chargent de dresser la liste des orphelins, et par une enquête discrète, mais approfondie, de rassembler :

1° Les noms des orphelins de père et de mère n'ayant pas de famille proche pour les recueillir et qui pourraient éventuellement être l'objet d'une adoption (nous avons reçu déjà plusieurs demandes de confrères sans enfant) ;

2° Les noms des orphelins dont la mère ne dispose plus de ressources suffisantes pour les élever dans la voie que leur père eût souhaité leur voir suivre. Pour chacun, l'enquête devra établir les ressources familiales restantes, et la somme approximative jugée nécessaire annuellement pour leur éducation et leur instruction.

Nous vous serions très obligés de nous annoncer dès que possible la mise en route de ces enquêtes dans votre département, car il est urgent d'agir auprès des familles qui, faute d'appui et de ressources, vont modifier défavorablement l'orientation de leurs enfants.

Nous vous prions également de nous faire connaître tout ce que les médecins de votre département ont déjà pu avoir l'occasion de faire pour venir en aide aux victimes de la guerre, car il n'est pas indifférent de pouvoir un jour dresser le bilan de l'œuvre de solidarité accomplie par le corps médical et donner ainsi un témoignage précis du sens de l'entr'aide qui anime tous les médecins.

Nous pensons également que les médecins qui auront bien voulu se charger des enquêtes seront auprès des familles de nos confrères disparus, non seulement les représentants du corps médical, mais encore les conseillers et les guides.

Pour le Conseil supérieur des Médecins :
Dr Oberlin.

Compte rendu succinct de la séance du 29 juillet 1945 du Comité de coordination des Conseils départementaux des médecins de la région parisienne

Le Comité de coordination des Conseils départementaux des médecins de la région parisienne s'est réuni, le 29 juillet 1945, à son siège social, 28, rue Serpente, sous la présidence d'abord du Dr Rouzaud, vice-président, puis du Dr Tissier-Guy, président.

Cette réunion avait été motivée par une proposition récemment faite au Syndicat médical de Seine-et-Marne par l'Union des Caisses d'assurances sociales, de modifier la convention intervenue en 1942 entre les Caisses et le corps médical. L'Union des Caisses d'assurances sociales de la région parisienne demandaient de modifier l'article IV de cette convention relatif aux honoraires dans le sens suivant : Au lieu d'être comme par le passé établis par le Syndicat médical et communiqués aux Caisses, les honoraires seraient désormais « fixés d'un commun accord par le Syndicat médical et par l'Union des Caisses » et la durée de ce « tarif commun » devrait être en principe égale à celle de la convention, c'est-à-dire une année. Par ailleurs, de nouvelles dispositions s'inspirant de l'ordonnance du 3 mars 1945 seraient prises pour examiner et « arbitrer » les dépassements d'honoraires.

L'importance de la demande faite par l'Union des Caisses et ses répercussions sur l'exercice de la médecine a paru telle aux membres présents à la séance du Comité de coordination que ceux-ci, en raison de leur trop petit nombre, dû à la période des vacances, n'ont pas cru devoir prendre une attitude ferme et conseiller aux Conseils et aux Syndicats départementaux l'acceptation ou le refus des propositions de l'Union des Caisses. La question sera donc reprise en septembre, après que les divers groupements professionnels auront pu discuter les avantages et les inconvénients des textes proposés.

Au cour de sa réunion du 29 juillet, le Comité de coordination a en outre pris connaissance du projet d'ordonnance destiné à modifier le régime des assurances sociales du commerce et de l'industrie. Ce projet, tel qu'il est sorti des récentes délibérations du Conseil supérieur des assurances sociales, a reçu de la plupart des assistants un accueil aussi réservé que l'ordonnance du 3 mars 1945.

Enfin le Comité de coordination a pris connaissance de la décision prise par le Conseil départemental et par la Chambre syndicale des médecins de la Seine de porter, dans le département de la Seine, les honoraires minima de la consultation et de la visite respectivement de 60 à 80 francs et de 80 à 100 francs, à partir du 1er septembre 1945.

LIVRES NOUVEAUX

Nouveaux aspects de la lutte contre la mort, par M. Léon Binet, professeur de physiologie à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine. Un vol. in-8° de 158 pages, avec 15 fig. et II planches, Paris, 1945. Prix : 95 francs. Presses Universitaires de France.

Voici un excellent petit volume dans lequel M. Binet a résumé, d'une façon particulièrement claire ses beaux travaux les plus récents, réunissant dans chaque chapitre les données physiologiques et des exemples cliniques, ainsi que les indications qui en découlent.

L'auteur s'est limité à quelques problèmes qu'il a personnellement abordés : les intoxications, par les champignons et la thérapeutique sucrée, par l'oxyde de carbone, par le plomb, par le benzol, par l'hydrogène arsénié.

Viennent ensuite les diverses manifestations pathologiques : la fièvre, les troubles digestifs aigus, l'insuffisance hépatique et l'insuffisance rénale.

Enfin l'auteur a consacré plusieurs chapitres à ses recherches personnelles, recherches qui sont d'une évidente actualité, l'hémorragie suraiguë, le choc traumatique, l'asphyxie, enfin la réanimation.

Le livre s'adresse autant au praticien qu'à l'étudiant ; il porte la marque de toutes les publications de M. Léon Binet : il est clair, il est écrit d'une façon charmante et retient très agréablement et utilement jusqu'au bout l'attention du lecteur.

F. L. S.

L'organisation nerveuse, par Rémy Collin. Un vol. in-16 jésus de 532 pages avec 190 figures, dont 40 planches hors-texte, 150 fr. Editions Albin Michel (collection « Sciences et Aujourd'hui », Paris, 1944).

Dans cet important travail, muni d'un glossaire succinct pour les lecteurs non spécialisés et surtout d'un luxe de figures

et de planches dont le nombre et la perfection sont malheureusement une rareté à l'heure actuelle, l'auteur étudie l'organisation nerveuse et particulièrement celle des vertébrés supérieurs.

Il ne s'en tient pas à l'anatomie générale et comparée, mais, après avoir étudié la structure fine du neurone telle que nous la montrent l'histologie et l'expérimentation, il passe de l'analyse à la synthèse en abordant les connexions des neurones entre eux et leurs relations avec l'extérieur. A cette étude physiologique vient s'adapter l'étude psycho-physiologique.

Une étude embryologique et anatomique du groupement des éléments nerveux et dérivés en organes, celle de la hiérarchisation des centres qui en est le corollaire et est une condition nécessaire de l'intégration psycho-physiologique, lui font suite; celle enfin du système neuro-végétatif et de sa solidarité avec le système cérébro-spinal qui est la condition de l'union entre la vie végétative et la vie de relation.

C'est la théorie du neurone qui constitue la charpente générale de cette étude. L'auteur saisit l'occasion d'en éprouver et d'en vérifier la solidité en l'état présent de nos connaissances. R. L.

INFORMATIONS

(Suite de la page 270.)

Exposition

La France d'outre-mer dans la guerre

Le Gouvernement provisoire de la République française organise au Grand Palais, du 5 au 28 octobre, une exposition intitulée : « La France d'outre-mer dans la guerre ».

C'est l'exposition la plus importante depuis la libération. Elle doit rendre sensible à tous les Français :

Le rôle joué par les territoires d'outre-mer dans la libération de la Métropole ;

L'œuvre accomplie dans ces territoires depuis 1940 ;

Présenter les perspectives d'avenir qu'offre cette fédération française créée moralement dans la résistance et dont le général de Gaulle a annoncé la prochaine fondation juridique.

Nécrologie

On annonce la mort :

— Du Dr Jean Bobrie, de La Rochelle, victime du devoir professionnel (diphtérie).

— Le Dr Henry Rosanoff (de Vichy), fait part du décès de son fils, le Dr Albert Rosanoff, victime d'un accident en se rendant auprès d'un malade.

— Du Dr André Curtillet, interne des hôpitaux, prosecteur à la Faculté de médecine d'Alger, médecin d'un bataillon de tirailleurs, mort pour la France.

— De Mme Robert Claisse, épouse du Dr Robert Claisse et belle-fille du Dr et de Mme Paul Claisse.

— Du Dr Joseph Rozui, président honoraire de la Société médicale de Pau, médecin de l'hôpital de Pau, secrétaire général de l'Association départementale de la lutte contre la tuberculose, décédé à l'âge de 70 ans.

— Du Dr Elophe Benech, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

— Du Dr Victor Cheval, professeur honoraire de la chaire de clinique O.R.L. de l'Université de Bruxelles, ancien président de l'Académie royale de médecine de Belgique. Notre vénéré confrère était le père du Dr Max Cheval.

— De M. Edouard Kopf, directeur général de la Société des « Produits Roche », décédé le 2 août 1945, à l'âge de 68 ans.

Morts pour la France

Mme le Dr Isserlis a la douleur de faire part de la mort de sa fille Tamara, externe des hôpitaux de Paris, decédée à l'âge de 24 ans, à Ausschwitz, en novembre 1942, victime de la barbarie nazie.

— Le Dr Plait, d'Ancy-le-Franc (Yonne), déporté au camp de Neuengamme, fait part de la mort de son fils, Henry Plait, étudiant en médecine, décédé au camp de Kaltenkirchen-Neuengamme, le 7 janvier 1945, à l'âge de 22 ans.

— Le Dr Henri Rinuy, membre honoraire du Conseil supérieur de l'Assistance publique où il avait représenté l'Union des syndicats médicaux de France.

Notre excellent confrère et vieil ami avait été arrêté par la Gestapo. Déporté au camp de Buchenwald, il y est mort, à l'âge de 72 ans, victime de la barbarie allemande.

— Le Dr L. Bettinger, de Reims, est mort le 7 février 1945, au camp de Dachau. Notre confrère est mort, du typhus, contracté en soignant ses compagnons, victimes comme lui de la barbarie allemande.

Correspondance

M. le Professeur Pasteur Vallery-Radot nous prie de publier la lettre suivante adressée au secrétaire général du Comité médical de la Résistance (C.M.R.) :

18 août 1945.

Monsieur le secrétaire général,

Lorsque, en septembre 1943, à la demande du C. F. L. N., j'ai constitué, avec quelques amis de la Résistance, le Comité médical de la Résistance, mon but était de contribuer à la libération de la patrie et de lutter contre le pseudo-gouvernement de Vichy.

La France étant libérée et les institutions républicaines fonctionnant normalement, le rôle que je m'étais assigné est terminé. Je donne donc ma démission du Comité médical de la Résistance, aux travaux duquel, d'ailleurs, je n'ai pas participé depuis janvier dernier, date à laquelle je suis parti en mission en Amérique latine.

Veuillez agréer, Monsieur le secrétaire général, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Signé : PASTEUR VALLERY-RADOT.


PULMONE
ELIXIR-CACHETS-AMPOULES
VOIES RESPIRATOIRES
GOUTTES IONISÉES
ALCALOSE
CARBONEX
ESTOMAC-FOIE-INTESTIN


PANTOPON
ROCHE
OPIUM TOTAL
SOMNIFÈNE
ROCHE
HYPNOTIQUE
SÉDOBROL
ROCHE
TRAITEMENT BROMURÉ
SÉDORMID
ROCHE
HYPNOGÈNE
ALLONAL
ROCHE
ANALGÉSIQUE
PRODUITS "ROCHE"
10, RUE CRILLON, PARIS

Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe). Dépôt légal. — 1945. — 3e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd.

N° 18. — 15 SEPTEMBRE 1945 · 118e ANNEE · Ce numéro : 4 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

9, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 100 fr. Etudiants, 50 fr.; Etranger, 150 et 180 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de Médecine de Paris. — M. le doyen Baudouin, rentré de sa mission au Canada, a repris ses fonctions.

Facultés de province

Bordeaux. — La chaire de clinique chirurgicale et gynécologie (dernier titulaire M. Jeanneney, décédé), est déclarée vacante. (J. O., 12 septembre 1945).

Légion d'honneur

GUERRE. — Grand-officier. — Le médecin colonel Jacques Parisot, direction générale du Service de Santé.
Commandeur. — Le médecin colonel Thibault de Beauregard (No division alpine).
Officier. — Le médecin colonel Vignal, médecin radiologiste des hôpitaux de Paris ;
Le médecin colonel Tzanck, direction générale du Service de Santé.
Chevalier. — Le médecin commandant Lacombe (No D. I. M.).

MARINE. — Officier. — Le médecin principal Borneuf.
Chevalier. — Le médecin de 1re classe de réserve Debidour (Henri) ;
Le médecin principal Garraud ;
Le médecin principal Natali ;
Le médecin principal Duquaire ;
Le médecin principal Dutrey ;
Le médecin principal Michel ;
Le médecin principal Cals ;
Le médecin de 1re classe Perruchio ;
Le médecin de 1re classe Dijonneau.

Médaille militaire (à titre posthume) :
Médecin auxiliaire Cognet (Maurice), (groupe de commandos d'Afrique).

Citations à l'ordre de l'armée

GUERRE. — Médecin auxiliaire Bournizeau (No bataillon médical) ;
Médecin lieutenant Verdez (No bataillon médical) ;
(A titre posthume) : Médecin auxiliaire Mortier (No bataillon de choc).

Education nationale

Enseignement. — Le J. O. du 21 août 1945 a publié un décret en date du 18 août 1945, portant organisation de la direction générale de l'Enseignement.

Santé

Inspection de la Santé. — M. le Dr Altenbach, médecin inspecteur de la Santé de Seine-et-Oise, est admis à faire valoir ses droits à la retraite à compter du 16 août 1945.

M. le Dr Petit, médecin inspecteur adjoint de la Santé de Seine-et-Oise, est promu inspecteur de la Santé de ce département.

Conseil permanent d'hygiène sociale

Ont été nommés membres du Conseil permanent :

M. le professeur Réchou, de Bordeaux (Commission du cancer) ; M. le Dr Fouquet, de Paris (Commission de l'alcoolisme) ; M. Guérin, de l'Institut Pasteur, M. le Dr Allard (Commission de la tuberculose).

M. le Professeur Fernand Bezançon et M. le Dr Poix ont été nommés membres de droit (Commission de la tuberculose).

Ont été nommés membres du Conseil permanent : M. le Professeur Justin Besançon, MM. les Drs Cibrié, Hilaire, Lacapère, Perles et Weissenbach.

La Commission du rhumatisme est constituée comme suit : Président : M. le Professeur Fernand Bezançon ; secrétaire : M. le Dr Lacapère ; membres : M. le Professeur Justin Besançon, MM. les Drs Cibrié, Coste, Hazemann, Hilaire, Perles, M. le Professeur Villaret, MM. les Drs Mathieu-Pierre Weill et Weissenbach.

Maisons de santé privées

Par décret en date du 6 août 1945, le Comité d'organisation des maisons de santé privées, institué par l'acte dit décret du 21 novembre 1941 est dissous à compter du 16 août 1945.

A l'expiration des opérations de liquidation, le solde d'actif disponible sera attribué à la Fédération intersyndicale des maisons de santé de France, 66, rue de la Chaussée-d'Antin, à Paris (9e).

Service sanitaire des régions sinistrées

Une ordonnance n° 45-1.796 du 13 août 1945 porte organisation à titre temporaire, à l'administration centrale du ministère de la Santé publique, du service sanitaire des régions sinistrées.

Médecins et internes au Maroc. — La direction de la Santé publique du Maroc désire recruter actuellement des médecins et des internes. Sont immédiatement disponibles : soit des postes de **médecins d'Etat** (traitement de 120.000 à 210.000 fr., auquel s'ajoutent, le cas échéant, les indemnités familiales des fonctionnaires), soit des postes de **médecins à contrat**, recrutés pour une période de 3 à 6 mois, avec les mêmes avantages matériels que les médecins d'Etat (voyage payé à l'aller et au retour), soit des postes d'**internes** pour les étudiants ayant au moins 16 inscriptions validées (9.000 fr. par mois pour les célibataires à 24 inscriptions, 8.000 fr. par mois pour les célibataires à 16 ou 20 inscriptions, voyage payé à l'aller et au retour, logement et nourriture à titre remboursable).

Adresser les candidatures à la Direction de la Santé publique du Maroc avec toutes indications susceptibles de permettre une instruction rapide des demandes.

Guerre

Médecins aspirants (active). — Les élèves de l'Ecole du service de Santé militaire dont les noms suivent sont nommés au grade de médecin aspirant de l'armée active à compter du 20 février 1945 : MM. Amat, Barthe, Bereni, Bernot, Bréaud, Galan, Gillet, Hugonot, Larribaud, Montangerand, Nicolas, Rang, Thalabard, Weber.

Service de Santé (Réserve)

Le J. O. du 22 août 1945 publie (pages 5241 à 5252) le décret du 13 août 1945 portant nominations et promotions dans

le cadre des officiers de réserve du service de Santé. Ce décret est suivi d'une très longue liste de médecins auxiliaires, pharmaciens auxiliaires, dentistes auxiliaires, promus au grade de sous-lieutenant à titre temporaire, soit à compter du 1er septembre 1944, soit à compter du jour de leur rappel à l'activité ou de leur engagement (postérieurement au 1er septembre 1944). Ces officiers sont promus au grade de médecin lieutenant à titre temporaire à compter de leur nomination au grade de sous-lieutenant.

Ecole de Service de Santé militaire de Lyon

Des concours spéciaux pour l'admission à l'école du Service de Santé militaire de Lyon auront lieu le mardi 9 octobre 1945 :

Pour la section médecine à Paris (hôpital du Val-de-Grâce) ; Lyon (école du service de Santé) ; Toulouse (hôpital militaire Hippolyte-Larrey).

Pour la section pharmacie à Paris (hôpital militaire du Val-de-Grâce) et à Lyon (école du service de Santé).

Ils seront ouverts, sous certaines conditions, aux étudiants en médecine à seize et vingt inscriptions et aux étudiants en pharmacie à douze inscriptions.

S'adresser pour renseignements complémentaires aux directeurs régionaux du service de Santé.

Association d'études physio-pathologiques du foie et de la nutrition
(Fondée en 1944)

La première réunion de l'Association a été fixée au samedi 17 novembre 1945, à 9 h. 30, dans le service de M. le Professeur Loeper, président, à l'amphithéâtre Hayem de la clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine.

Le sujet à l'étude est le suivant : La spécificité chimique en sémiologie hépatique.

a) Protidémie, polypeptidémie et aminémie, par le Professeur agrégé A. Lemaire et le Dr A. Varay.

b) Cholalémie et cholémie, par le Dr Jean Cottet et le Dr Bargeton.

c) Lipidémie, par Mme le Dr Bertrand-Fontaine et le Dr Fauvert.

Ce sujet sera exposé à la séance du matin.

L'après-midi sera consacré à la discussion des rapports et aux autres communications (toutes les communications seront admises à la seule condition qu'elles se rapportent au foie et à la nutrition. Se faire inscrire d'avance au secrétariat au Congrès).

L'Association espère bien pouvoir organiser le soir un dîner réunissant tous les congressistes.

Secrétaires de la réunion : Dr M. de Fossey, 29, rue Alquié, à Vichy et Dr H. Walter, 105, boulevard des Etats-Unis, à Vichy (à partir du 15 octobre : 82 faubourg Saint-Honoré, à Paris).

Le 9e Congrès français de gynécologie se tiendra à la Faculté de médecine de Paris les 6, 7 et 8 octobre.

La séance inaugurale, placée sous la présidence de M. Billoux, ministre de la Santé publique, aura lieu le samedi 6 octobre, à 14 heures, en présence de personnalités officielles alliées.

Huit rapports ont été prévus sur la question à l'ordre du jour : le fibrome utérin.

1. Etiologie, pathogénie, anatomie pathologique, par M. Cl. Rouvillois (Paris).
2. Etude clinique, symptômes, diagnostic, évolution, par M. E. Douay (Paris).
3. Les complications du fibrome utérin, par M. P. Ulrich (Paris).
4. Le traitement non opératoire :

a) Traitement médical et hydrominéral, par M. Maurice Fabre (Paris) et Mlle H. Gonet (Salies-de-Béarn).

b) Rœntgenthérapie, par M. A. Badolle (Lyon).

c) Curiethérapie, par M. H. Violet (Lyon).

5. Le traitement chirurgical, par M. E. Pollosson (Lyon).
6. Fibrome et puerpéralité, par M. Lyonnet (Lyon).
7. Fibrome et endocrinologie, par M. Cl. Beclère (Paris).
8. Les indications thérapeutiques dans les fibromes utérins, par M. A. Chalier, rapporteur général.

L'Agence Duchemin-Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, Paris (1er), est chargée du logement et du transport.

Les demandes de renseignements et les adhésions sont reçues par M. le Dr Maurice Fabre, secrétaire général, 1, rue Jules-Lefebvre, Paris (9e).

Syndicat des gynécologues français (1, rue Jules-Lefèvre, Paris). — L'Assemblée générale du Syndicat des gynécologues français aura lieu à Paris, Faculté de Médecine, petit amphithéâtre, le samedi 6 octobre 1945, à 10 heures.

Bureau du Syndicat des gynécologues français, pour 1945 : Président, M. Senechal, Paris ; vice-président, M. E. Douay, Paris ; secrétaire général, M. Fabre, Paris ; secrétaire général adjoint, M. J. Courtois, Saint-Germain-en-Laye ; trésorier, M. P. Ulrich, Paris ; membres du Conseil, MM. Béclère, Buquet, Paris ; Guyot, Bordeaux; Violet, Lyon.

Le Conseil confirme que la Confédération des Syndicats médicaux admet dans son sein le Syndicat des gynécologues français à condition que ses membres **soient en même temps et d'abord** affiliés aux syndicats médicaux locaux, ce qui va de soi.

Clinique de la tuberculose (Hôpital Laënnec). — Prof. Jean Troisier ; assistants : MM. Bariéty et Brouet, agrégés, médecins des hôpitaux. — Nous rappelons qu'un « cours en vue de l'examen d'aptitude aux fonctions de médecin des services antituberculeux » sera fait du 15 octobre au 23 novembre 1945, et qu'il sera suivi du 26 novembre au 8 décembre 1945, d'un cours théorique et pratique sur « les méthodes de laboratoire appliquées au diagnostic de la tuberculose ».

Droits d'inscription : 1.000 fr. pour le premier cours ; 1.000 fr. pour le second cours et 1.500 fr. pour l'ensemble des deux cours.

Renseignements : A la clinique de la tuberculose.

Inscriptions : Au secrétariat de la Faculté de Médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 h. à 16 h.

Mariage

On annonce le mariage de Mlle Madeleine Bressot, fille du regretté Dr Claude Bressot (de Vals-les-Bains), et sœur du Dr Pierre Bressot, avec M. le Dr Jean Gallet, interne des hôpitaux de Lyon, fils du Dr et de Mme Paul Gallet, du Puy-en-Velay.

Vals-les-Bains, 11 août 1945.

Nécrologie

— Le Dr Edmond Fiquet, à Paris.

— M. le Prof. Froehlich, professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Nancy.

— Du Dr François Heins, décédé le 19 août, à Paris, 36, rue de Penthièvre (précédemment, 141, avenue Jean-Jaurès).

Morts pour la France

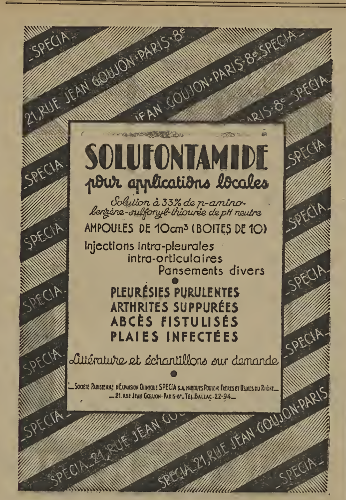
Le Dr Plait, d'Ancy-le-Franc, déporté politique, fait part de la mort de son fils, Henry Plait, étudiant en médecine, déporté politique, décédé au camp de Kaltenkirchen-Neuengamme, le 7 janvier 1945, victime de la barbarie allemande.

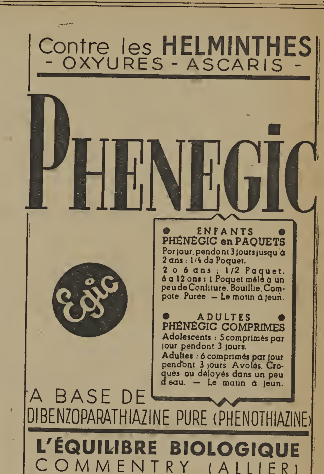
Renseignements

Femme médecin, 30 ans, ayant exercé cinq ans en province, souhaiterait assistance ou association avec confrère parisien, médecine générale ou femmes et enfants.

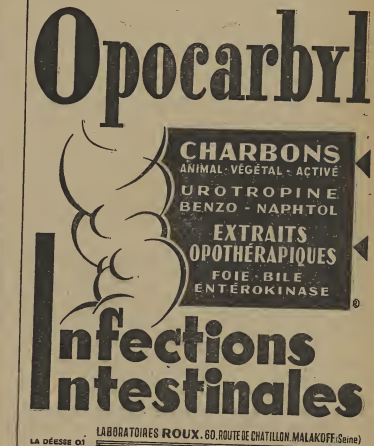
Ecrire A. T., bureau du journal.




SPECIA
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS · 8e
SOLUFONTAMIDE
pour applications locales
Solution à 33% de p-amino-benzène-sulfonyl-thiourée de pH neutre
AMPOULES DE 10cm³ (BOITES DE 10)
Injections intra-pleurales
intra-articulaires
Pansements divers
PLEURÉSIES PURULENTES
ARTHRITES SUPPURÉES
ABCÈS FISTULISÉS
PLAIES INFECTÉES
Littérature et échantillons sur demande
Société Parisienne d'Expansion Chimique SPECIA S.A. marques Poulenc Frères et Usines du Rhône
21, rue Jean Goujon · Paris-8e · Tél. Balzac 22-94


Contre les HELMINTHES
- OXYURES - ASCARIS -
PHENEGIC
Egic
ENFANTS
PHÉNÉGIC en PAQUETS
Par jour, pendant 3 jours jusqu'à 2 ans : 1/4 de Paquet.
2 à 6 ans : 1/2 Paquet.
6 à 12 ans : 1 Paquet mêlé à un peu de Confiture, Bouillie, Compote, Purée — Le matin à jeun.
ADULTES
PHÉNÉGIC COMPRIMÉS
Adolescents : 5 comprimés par jour pendant 3 jours.
Adultes : 6 comprimés par jour pendant 3 jours Avalés, Croqués ou délayés dans un peu d'eau. — Le matin à jeun.
A BASE DE
DIBENZOPARATHIAZINE PURE (PHENOTHIAZINE)
L'ÉQUILIBRE BIOLOGIQUE
COMMENTRY (ALLIER)
PH. 2


"DIVINUM EST OPUS SEDARE DOLOREM"
HOMOPAVINE
PLUS ACTIVE QUE LA
MORPHINE
MIEUX TOLÉRÉE QUE L'
OPIUM
pas de constipation
ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE
AUX
LABORATOIRES DAUSSE. 4, RUE AUBRIOT. PARIS, 4e


Opocarbyl
CHARBONS
ANIMAL - VÉGÉTAL - ACTIVÉ
UROTROPINE
BENZO - NAPHTOL
EXTRAITS
OPOTHÉRAPIQUES
FOIE - BILE
ENTÉROKINASE
Infections
Intestinales
LA DÉESSE Q1
LABORATOIRES ROUX. 60, ROUTE DE CHATILLON. MALAKOFF (Seine)

DE L'ÉPREUVE DES RÈGLES POUR LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES TUMEURS BÉNIGNES ET MALIGNES DE LA GLANDE MAMMAIRE

Par R. Joyeux

Chirurgien assistant des hôpitaux de Montpellier

Les diverses et récentes statistiques sur les résultats du traitement chirurgical du cancer du sein montrent l'effroyable gravité de ce néoplasme. L'allure clinique de ce cancer est des plus déconcertantes. Tel noyau néoplasique apparemment au début de son évolution a déjà essaimé dans le premier relai ganglionnaire, souvent même au delà. Tel autre carcinome déjà volumineux, ayant ulcéré la peau, est suivi, après intervention chirurgicale dite « de propreté » d'une survie étonnamment longue.

Impossibilité donc de connaître cliniquement le degré de malignité de ces carcinomes, d'où le souci du chirurgien d'intervenir au plus tôt avec ou sans radiothérapie préalable pour avoir quelques chances d'obtenir une survie au moins de quelques années. Mais... difficultés du diagnostic d'extrême début où très souvent le doute règne entre la tumeur bénigne et la tumeur maligne !

Ne peut-on faire une biopsie extemporanée et voici qu'on propose à la malade la large amputation du sein, l'opération de Halsted... Les tendances chirurgicales sont osées dans la majorité des cas et on ne réfléchit pas assez sur les fâcheuses conséquences d'une telle mutilation parfois inutile. Que de fois pourrait-on l'éviter grâce à un examen clinique soigneux !

Schumann (1) a montré par des chiffres les difficultés du diagnostic clinique des tumeurs du sein. L'un des signes considérés comme indice de malignité : adénopathie, adhérence à la peau, contours indistincts de la tumeur, a été trouvé dans 17,5 % des cas de tumeurs bénignes... et la statistique porte sur 200 cas de tumeurs bénignes. L'absence d'adénopathie a été notée dans 28,5 % des cas de cancers du sein (statistique portant sur 112 cas de cancers). Au total, dans 28 % des cas, la clinique s'est montrée insuffisante et le diagnostic n'a été rectifié dans un sens ou dans l'autre que par la transillumination et l'examen histologique opératoire. Huguenin (2) défend la transillumination... Sont translucides les kystes séreux opaques, les tumeurs à contenu laiteux, sanguin, purulent, caséeux. Le cancer massif donne une image opaque... Mais les cancers gélatineux ou colloïdes ne sont-ils pas transparents ? Si la diaphanoscopie ne permet pas toujours de différencier les lésions bénignes et malignes, elle renseigne cependant sur le siège et l'étendue des lésions, guide la biopsie, évite certaines erreurs dues à des principes désuets [Barbier] (3).

Lardennois (4) affirme aussi que le diagnostic clinique ne peut être que présumé et recommande l'examen histologique extemporané de toutes les tumeurs du sein.

⁂

Mon intention n'est pas ici de rappeler les règles bien classiques de l'examen d'une glande mammaire atteinte de lésions néoplasiques, mais d'insister sur deux points, à mon avis essentiels et qui, depuis dix ans, toutes les fois que je les ai recherchés, m'ont empêché de confondre, en dehors de toute biopsie, une tumeur bénigne avec une tumeur maligne.

1° Nécessité d'un interrogatoire serré tâchant de connaître la première traduction clinique de la tumeur et ses manifestations ultérieures, notamment aux périodes menstruelles ;

2° Nécessité de plusieurs examens de la glande malade à quelques jours d'intervalle, en dehors des règles et au cours même de ces périodes.

I. — *Nécessité d'un interrogatoire serré.* — Il nous a paru toujours très important de connaître si l'attention de la malade a été attirée sur son sein par des phénomènes douloureux (picotements, élancements, tension douloureuse) ou si, tout à fait par hasard, elle s'est aperçue, à l'occasion de sa toilette, par exemple, de l'existence d'une tuméfaction dans sa glande mammaire. Nous pouvons dire que dans les 4/5es des cas toute tumeur qui se signale dans la région où elle évolue par des douleurs nettes de façon continue ou intermittente, mais répétée et souvent même périodique, est de nature bénigne. La bénignité est encore plus sûre si les phénomènes douloureux apparaissent seulement aux époques des règles, ou présentent une exacerbation à ces périodes (qu'il s'agisse de l'intermenstruum ou plus fréquemment des deux ou trois jours qui précèdent les règles).

Un noyau cancéreux n'est que peu influencé, au moins en apparence cliniquement, par l'activité ovarienne et nous n'avons personnellement pas vu de carcinome être le siège des douleurs précédemment décrites en rapport avec la congestion de l'organe et de sa lésion néoplasique.

L'interrogatoire nous apprendra en outre, et nous devrons vérifier la véracité des dires de la malade, si ces phénomènes douloureux s'accompagnent de modifications de volume et de consistance de la tumeur : habituellement les tumeurs bénignes douloureuses, augmentent de volume au moment des règles et subissent un certain ramollissement qui frappe une malade avertie.

II. — *Nécessité d'examens répétés de la glande mammaire.* — L'interrogatoire est très important... mais il serait dangereux de se fier à lui seul, soit que la malade ne sache pas s'observer, soit qu'elle interprète mal les sensations qu'elle éprouve. La nécessité du contrôle médical est évident et bien entendu ce contrôle ne pourra porter que sur les modifications du volume et de la consistance de la tumeur.

La malade sera donc examinée à des époques différentes dans le mois : loin des périodes menstruelles, au cours même de ces périodes, et notamment dans ses tout premiers jours.

Peut-on reprocher à cette façon de procéder le retard apporté à l'intervention s'il s'agit de cancer ? Nous ne le pensons pas puisque ce retard sera de quinze jours au maximum. Les caractères de la tumeur seront bien notés à chacune des époques précitées :

a) Loin des règles et en dehors de l'intermenstruum, deux signes en faveur de la malignité, pas toujours associés d'ailleurs, sont à rechercher tout au début de l'évolution tumorale : l'induration de la masse et sa diffusion dans la glande.

Une induration particulièrement marquée doit faire penser au cancer sans permettre encore de l'affirmer. Une tumeur qui ne roule pas dans la glande, dont les contours sont indistincts doit faire émettre cette même hypothèse.

L'existence d'une adénopathie axillaire correspondante, nous l'avons vu, ne peut faire conclure encore au carcinome. Ne voit-on pas, en effet, des noyaux de mammite chronique avec adénopathie ayant tous les caractères de la tumeur maligne. Par contre une masse rénitente, bien limitée, roulant dans la glande est en faveur d'une tumeur bénigne... et cependant, là encore, ne faut-il pas se méfier ?...

Moulonguet (1) a rapporté un cas de cancer du sein à forme kystique de Yanapoulo, chez une femme jeune, porteuse de deux noyaux, l'un liquide, l'autre solide, tous les deux cancéreux. Il en a observé 3 ou 4 chez des femmes âgées. De même Bérard en a vu chez une femme de 87 ans (2).

Tant et si bien que par cet unique examen il est impossible, du moins chez la femme jeune et tout au début de l'évolution tumorale avant toute adhérence de la tumeur à la peau ou au plan profond, d'affirmer la nature même de la néoplasie et on conçoit plus que jamais, à cette phase évolutive, la recommandation de Lardennois de procéder à l'examen histologique extemporané de toutes les tumeurs du sein.

b) Précisément, il nous a paru qu'un nouvel examen pratiqué aux époques menstruelles pouvait, dans beaucoup de cas, tirer de l'embarras et éviter, même chez les femmes jeunes, cette biopsie inutile. La congestion mammaire est habituelle au moment des règles ; elle s'observe chez certaines femmes aussi bien à l'intermenstruum qu'au début des menstrues. Cette congestion touche habituellement le noyau tumoral et modifie, tout au moins, ses caractères cliniques, quand il s'agit de tumeur bénigne... Elle se traduit, nous l'avons déjà vu, par des phénomènes douloureux. Mais les modifications apportées aux symptômes préalablement notés par l'examen clinique ont une valeur capitale.

La consistance de la tumeur bénigne se modifie généralement : elle est beaucoup moins indurée, devient plus rénitente et parfois même se confond avec celle de la glande elle-même. Un noyau de mammite chronique peut à cette période menstruelle devenir au contraire plus ferme. La consistance d'un carcinome ne se modifie habituellement pas.

Le volume de la masse tumorale se modifie : les dimensions de la tumeur bénigne sont généralement augmentées du fait de la congestion ; le noyau cancéreux, lui, ne bouge pas.

Enfin, *les contours* de la tumeur se fondent dans la glande quand il s'agit d'une simple hypertrophie mammaire, ils peuvent s'estomper légèrement s'il s'agit d'un adénome, ils ne changent pas quand la tumeur est maligne.

---

(1) Schumann (*Thèse Paris*, 1938).
(2) Huguenin (*Bulletin du Cancer*, juin 1938, p. 496).
(3) Barbier (*Bulletin et Mém. de l'Acad. de Chir.*, 1930, p. 434).
(4) Lardennois. *Bulletin du Cancer*, juin 1938, p. 507.

---

(1) Moulonguet. *Mém. Acad. de Chir.*, 1938, p. 323.
(2) Bérard. *Lyon Chir.*, janvier-février 1938, p. 66.

***

Voilà, en somme pour nous, un point capital dans l'examen d'une femme atteinte de néoplasie de la glande mammaire : nécessité d'un double examen loin des règles et au moment des règles qui permettra de noter les modifications des caractères de la tumeur d'une période à l'autre.

Ces modifications fixent l'esprit sur la nature maligne ou bénigne de la néoplasie.

Ces conclusions sont basées sur un grand nombre d'observations dans lesquelles soit l'évolution même de la tumeur, soit l'analyse histologique du fragment tumoral sont venues confirmer le diagnostic de bénignité ou de malignité préalablement posé.

Est-ce à dire qu'il ne soit plus utile de faire une biopsie extemporanée ? Loin de là notre pensée.

Nous-même l'avons utilisée plusieurs fois par crainte de nous tromper, notamment au voisinage de la ménopause où l'épreuve des règles peut être douteuse.

Toute tumeur du sein apparue après la ménopause doit être considérée, pratiquement à notre avis, comme une tumeur maligne et traitée comme telle. Loin de la ménopause, chez la femme jeune, il importe de trancher la question : la conduite que nous suivons nous a toujours paru, dans ce cas, suffisante.

STUPEUR ET CONFUSION MENTALE

Par R. Benon
Ex-Médecin du Quartier des Maladies mentales
de l'Hospice général de Nantes

Il y a dans les sciences ce qu'on pourrait appeler des « crises » de terminologie. Certains mots naissent, grandissent, prennent une importance considérable, et puis on s'aperçoit qu'ils n'ont pas de valeur, ou qu'ils n'ont que peu de valeur. Condillac a dit justement : « Une science achevée n'est qu'une langue bien faite », et, à la même époque, Lavoisier : « Comme ce sont les mots qui conservent les idées... etc. ». On reproche volontiers aux médecins de désigner les maladies ou les syndromes par un nom d'auteur : c'est qu'ils ne peuvent faire mieux, ne trouvant pas le mot propre qui caractérise la chose. En neuro-psychiatrie il serait bon d'étudier la terminologie spécialement, mais la formule actuelle est : Tout pour la biologie. L'enthousiasme pour la biologie aura sa fin relativement ; comme a eu sa fin, relativement, l'enthousiasme pour l'anatomie pathologique, la bactériologie, etc. L'homme ne connaît pas encore la mesure. Il va, impulsivement; il suit l'un, l'autre ; il ne marche pas de front avec cet autre ; il suit derrière : c'est une nécessité sans doute.

En médecine mentale, le mot stupeur n'a plus place dans les traités, l'hypnotisme non plus, ni l'extase : cette place, ils la retrouveront. La stupeur est un fait clinique pourtant et un gros fait clinique. Elle est même commune. Elle a ses caractères propres. Comment expliquer que chez nous, chez nous seulement, non pas à l'étranger, on ait tenté de substituer au mot stupeur le mot confusion mentale ? Comment la clarté de l'esprit français a-t-elle pu aboutir à cette obscurité scientifique ?

La stupeur a disparu de la nosologie psychiatrique. — Depuis un peu plus de quarante ans, la stupeur n'est pas étudiée dans les livres de neuro-psychiatrie, ni comme syndrome, ni comme maladie, bien qu'elle soit l'un et l'autre. Il faut reconnaître qu'elle constitue un état un peu particulier, difficile à identifier exactement sans quelques connaissances psychologiques, et celles-ci font, souvent, carrément défaut. La stupeur n'était pas ignorée des Grecs, ni avant eux probablement : l'exemple de Niobé est célèbre. Trouverait-on dans Hippocrate quelques lignes sur ce fait d'observation médicale, non exceptionnel ? Je ne sais. C'est une recherche à faire. Mais dès le XVIIe siècle, peut-être même dès les XVe et XVIe siècles, et chez les Arabes aux XIe et XIIe, les faits de stupeur sont relatés par les médecins. Nous verrons comment la stupeur a fait place en pathologie mentale à la stupidité, comment la stupidité a fait place à la démence, puis, en France seulement, à la confusion mentale sous l'influence de Chaslin (1892-1895). C'est au XIXe siècle, siècle bouillonnant de libertés et d'espoirs multiples, dans toutes les branches de l'activité humaine, que la question de la stupeur s'est compliquée et puis obscurcie intensément. La lumière ne devait se faire qu'au début du XXe siècle, lorsqu'il fut démontré que la stupeur constituait le degré le plus élevé de l'asthénie nerveuse générale (asthénie psychique et asthénie musculaire).

Stupeur et stupidité. — Le mot stupeur, dans la question qui nous occupe, a certainement précédé le mot stupidité. Il fait partie de la littérature des anciens, Grecs et Romains. Littérature si l'on veut, mais certaine littérature est précieuse. La littérature est profondément dédaignée des scientifiques, tantôt à tort, tantôt avec raison : à tort parce qu'il y a un vieux fond littéraire qui est ce que nous savons de mieux sur l'homme en tant que cerveau, et qui est tout de même au service de chaque scientifique pour ses acquisitions personnelles ; avec raison parce qu'il y a chez l'homme une faculté, l'imagination, qui est la folle du logis tout en ayant son charme. C'est à l'homme équilibré, raisonnable, à faire la part de chaque chose. L'expression stupeur a donc précédé celle de stupidité. Cette dernière, apparue chez nous sans doute après la Renaissance, et dans les livres médicaux, signifie quelque chose de plus que le mot stupeur. Il y a dans le mot stupidité le sens de privation d'intelligence, de défaut de jugement et de raisonnement, et puis peut-être aussi une notion de durée : la stupeur est transitoire, la stupidité chronique. Cela n'est pas sans intérêt, car la stupidité chronique répond bien ou assez bien à cette maladie que nous appelons aujourd'hui, après Kraepelin, la « démence » précoce. La chronicité de la stupidité, dans certains cas, ne paraît pas avoir, au XVIIIe siècle notamment, ni d'ailleurs au XIXe, frappé nettement l'attention des auteurs. Au XVIIIe siècle, une autre expression existait pour désigner la stupidité, c'était celle d'amentia : elle dit l'engourdissement et la suspension des facultés psychiques ; elle ne dit pas l'immobilité du sujet ; elle peut dire son indifférence, comme le dit un peu la stupidité.

Stupidité et idiotie. — Pinel (1809-1810) et Esquirol font disparaître la stupidité de leurs traités de pathologie mentale. La stupidité pour Pinel devient l'idiotisme accidentel, qu'il rapproche de l'idiotisme de naissance ou d'origine, et pour Esquirol l'idiotie acquise qu'il rapproche de l'idiotie congénitale. L'un et l'autre voient la chronicité sans insister, en termes définitifs, sur son importance. Les observations qu'ils donnent ou auxquelles ils se reportent sont nettement des observations de stupidité acquise, et font naturellement évoquer la « démence » précoce. Pinel dit de ces malades : « ...ils ne parlent point, ou ils se bornent à marmotter quelques sons inarticulés ; leur figure est inanimée, leurs sens hébétés, leurs mouvements automatiques ; un état habituel de stupeur, une sorte d'inertie invincible forment leur caractère. » Suit, en particulier, l'observation d'un sculpteur affecté, vers l'âge de 28 ans, d'idiotisme accidentel. Esquirol dit : « Quelques enfants naissent très sains, grandissent en même temps que leur intelligence se développe ; ils sont d'une grande susceptibilité, vifs, irritables, coléreux, d'une imagination brillante, d'une intelligence développée ; l'esprit est actif. Cette activité n'étant pas en rapport avec les forces physiques, ces êtres s'usent, s'épuisent vite ; leur intelligence reste stationnaire, n'acquiert plus rien, et les espérances qu'ils donnaient s'évanouissent : c'est l'idiotie accidentelle ou acquise ; quelquefois aussi, une cause accidentelle arrête le développement des organes de l'intelligence. » L'idiotisme de Pinel, l'idiotie acquise d'Esquirol sont la « démence » précoce actuelle. Il y a là un fait historique d'un haute importance : l'idiotie acquise est, à n'en pas douter, un état chronique (Esquirol note l'épuisement), et cet état chronique est la « démence » précoce.

Idiotie acquise et démence. — Esquirol a supprimé la stupidité dans sa nosologie psychiatrique ; il l'a remplacée par l'idiotie ; il a décrit une idiotie acquise et une idiotie congénitale ; en outre il a fait, de la stupidité curable, la démence aiguë ; comment n'a-t-il pas fait de l'idiotie acquise, donc de la stupidité chronique, une variété de démence chronique ?

Dans la démence, Esquirol aperçoit moins les troubles intellectuels (perte de la mémoire et des idées) que les troubles d'ordre asthénique (faiblesse, impuissance). Son texte est formel, et en outre, il oppose la démence à la manie : « ...les organes de transmission (dans la démence) ont perdu de leur énergie..., le cerveau lui-même n'a plus assez de force... ; l'organe de la pensée n'a pas assez d'énergie, il est privé de cette force tonique nécessaire à l'intégrité de ses fonctions... » (1814). Et encore : « ...chez le maniaque et le mélancolique (ce dernier est le délirant), tout annonce la force, la puissance, l'effort ; chez l'homme en démence, au contraire, tout trahit le relâchement, l'impuissance et la faiblesse... » (1814).

Voici enfin, chez Esquirol, le parallèle de la démence et de l'idiotie : « L'homme en démence est privé des biens dont il jouissait autrefois ; c'est un riche devenu pauvre ; l'idiot a toujours été dans l'infortune et la misère. L'état de l'homme en démence peut varier ; celui de l'idiot est toujours le même. Celui-ci a beaucoup de traits de l'enfance ; celui-là conserve beaucoup de sa physionomie de l'homme fait. Chez l'un et l'autre, les sensations sont nulles ou presque nulles ; mais l'homme en démence montre, dans son organisation et même dans son intelligence, quelque chose de sa perfection passée ; l'idiot est ce qu'il

a toujours été ; il est tout ce qu'il peut être relativement à son organisation primitive. »

Pourquoi Esquirol n'a-t-il pas assimilé l'idiotie acquise à la démence ? Est-ce parce que l'état de l'idiotie acquise est toujours le même, parce que le patient étant jeune a beaucoup des traits de l'enfance ? En tout cas, il sera facile et indiqué, plus tard, de faire de l'idiotie acquise, donc de la stupidité, une démence.

Le maintien de l'expression stupidité. — La stupidité, et en particulier la stupidité chronique du « dément » précoce, est un fait clinique tellement typique que, d'une part, elle ne pouvait guère avoir été méconnue des anciens observateurs, et que, d'autre part, sa suppression de la nosologie neuro-psychiatrique était discutable. Esquirol ne fut pas suivi par les auteurs. Georgêt (1820) continuait de considérer la stupidité comme un état psychopathique spécial et après lui Delasiauve (1851). Entre temps Baillarger (1843) soutenait, vainement, l'idée que la stupeur ou la stupidité était une forme de la mélancolie : à cette époque-là, le mot mélancolie était synonyme du mot délire ; l'expression délire des persécutions, de Lasègue, date de 1852. Morel, Auguste-Bénédict (1852-1853), dans ses travaux cliniques, consacre un chapitre spécial à la stupidité ; c'est dans ce chapitre qu'on rencontre, pour la première fois, les expressions démence juvénile, démence précoce, et les signes un peu détaillés, assez bien groupés, de l'affection qui allait, quelques dizaines d'années après, avec Kraëpelin, dominer toute la psychiatrie, malgré la découverte par Magnan de la notion clinique qu'est la dégénérescence mentale : or on sait que cette notion établit l'importance que constituent en pathologie psychique les anomalies de l'esprit, de l'émotivité et de l'activité. Dagonet (1872) s'attache, encore, à montrer que la stupidité ou la stupeur constituent un syndrome à part, sinon une maladie, et, comme Delasiauve, il déclare expressément que l'affection en cause n'est pas de la mélancolie. Ritti (1883) fera de même, mais, dans sa description de la stupeur, il placera en première ligne la stupeur mélancolique. Il importe de citer ici Kalbaum qui, en 1863, appelait hébéphrémie la démence juvénile et qui, en 1874, dénommait catatonie des cas rappelant la stupidité : l'état physique (catalepsie, négativisme) retenait son attention plus que l'état psychique, à ce qu'il semble.

Stupidité et confusion mentale. — Le mot confusion mentale se trouve dans les écrits de Delasiauve sur la stupidité. Mais c'est avec Chaslin (1892-1895) que ce mot va acquérir une force singulière et jouir d'une telle faveur qu'il prendra, en France, la place de la stupidité et de la stupeur. Chaslin sera suivi, en effet, par Séglas, Gilbert Ballet, Régis et d'autres. Il y a, là, un fait extrêmement curieux au point de vue historique médical scientifique de la stupidité.

Pour Chaslin, la confusion mentale, toujours d'origine toxique, ou infectieuse, ou toxi-infectieuse, est caractérisée, en vérité, par deux ordres de symptômes qu'il décrit côte à côte, obscurément d'ailleurs : 1° des phénomènes de confusion dans les idées; 2° des troubles de la perception du monde extérieur. La confusion des idées peut aller jusqu'à la stupidité ; les troubles de la perception peuvent être des illusions, des hallucinations et engendrer du délire. La confusion mentale, primitive dans les infections, secondaire quand elle succède à un état névro ou psychopathique, est un état aigu ou subaigu, le plus souvent fébrile. Il rappelle les trois variétés de stupidité de Delasiauve (la stupidité proprement dite, la stupidité légère, passive, la stupidité légère, active), qui deviennent trois variétés de confusion mentale. A ce propos, il discute la neurasthénie de Beard et attire l'attention, ainsi, sur les relations de l'épuisement nerveux et de la confusion mentale.

Faisons observer la faiblesse de l'expression confusion mentale pour désigner la stupidité : confus ne dit pas stupide. Mais surtout notons la confusion clinique, chez l'auteur, de deux ordres de troubles : troubles intellectuels, d'où confusion dans les idées ; troubles perceptifs, d'où désorientation dans l'espace, dans le temps, non reconnaissance des choses et des personnes ; les premiers parfaitement conscients pendant la maladie et parfaitement évoqués après la maladie ; les autres inconscients et ne laissant aucun souvenir dans l'esprit du malade.

Stupeur. Asthénie-stupeur. — La stupeur est une variété d'asthénie, le plus haut degré de l'asthénie nerveuse générale (J. Tastevin : 1911). On peut la désigner sous le nom d'asthénie-stupeur. Le sujet est nettement conscient de l'état dans lequel il se trouve. Inerte dans son lit, immobile, toujours, sur le dos, il se sent anéanti, abattu, comme engourdi physiquement. Il ne parle pas : il ne peut pas. Il ne répond pas aux questions posées, bien qu'il les comprenne, ou il ne répond que par monosyllabes, ou la réponse commencée n'est pas terminée, avorte en quelque sorte, surtout si l'observateur paraît pressé. Le ralentissement des processus intellectuels est considérable ; c'est l'absence d'idées, le vide de l'esprit, par anidéation ou asthénie psychique, aussi profonde que l'asthénie motrice. Le regard du patient, souvent, est vif, ou assez vif, comme inquisiteur : il témoigne de la conservation de la conscience. L'émotivité est nulle ou à peu près : pas d'énervement ; pas de chagrin de se voir dans l'état ressenti ; quelquefois un peu d'anxiété contenue par crainte de la mort. Pas d'illusions, pas d'hallucinations, sauf dans les cas atypiques ou compliqués. Pas de délire. Désorientation dans l'espace ou dans le temps, nulle ou à peu près : le patient saura l'expliquer plus tard. Pas de fièvre. Après guérison de l'affection, le sujet évoque avec précision le souvenir de son état, et rappelle une foule de faits qu'il a observés personnellement pendant sa maladie, faits le concernant ou faits concernant des tiers. Que de fois nous avons entendu, de la part des malades guéris de leur asthénie-stupeur, la relation de mauvais traitements que leur avait infligés un personnel peu éduqué et peu patient !

Parallèle. Asthénie-stupeur et confusion mentale. — La stupeur était connue des anciens auteurs ; la description qu'ils en ont laissée est claire et suffisante. Il y a lieu de maintenir le mot stupeur ou le mot asthénie-stupeur pour exprimer un état névro-psychopathique bien défini et nettement conscient.

Le mot confusion mentale doit, également, être conservé, mais pour désigner un syndrome caractérisé par des troubles non conscients de la perception et non pas par des troubles conscients de l'idéation, par la confusion dans les perceptions et non pas par la confusion dans les idées. Sinon quel mot faudrait-il créer pour désigner la confusion dans les perceptions ? L'agnosie désigne la confusion consciente dans les perceptions. La confusion mentale doit désigner la confusion non consciente dans les perceptions, confusion généralisée, en général épisodique et suivie d'amnésie totale.

Le parallèle clinique entre l'asthénie-stupeur et la confusion mentale s'établit ainsi de ce fait :

1° Le sujet atteint d'asthénie-stupeur, c'est-à-dire atteint d'anidéation profonde, de confusion intense dans les idées, de vide du cerveau, d'inertie motrice, d'abattement, est un malade conscient de son état, qui garde le souvenir de cet état. — Le sujet atteint de confusion mentale, c'est-à-dire de confusion dans les perceptions, de troubles de la reconnaissance des lieux, du temps, des personnes, des objets, est un individu inconscient de son état ; il ne garde pas le souvenir des troubles de la perception et de la reconnaissance constatés chez lui ;

2° Le sujet atteint d'asthénie-stupeur est inerte, immobile dans son lit ; il ne répond pas aux questions posées, même si on l'interpelle vivement. — Le sujet atteint de confusion mentale est en proie à une agitation plus ou moins désordonnée due à la confusion dans les perceptions (carphologie ; actes incohérents : le patient se lève sans motif, va et vient au hasard, ne reconnaît pas son lit, se croit chez lui, prend la religieuse de l'hôpital pour sa femme, urine le long du mur de la salle, met les jambes dans les manches de son paletot, etc.) ;

3° Le sujet atteint d'asthénie-stupeur a une idéation extrêmement ralentie ou nulle ; il ne pense à rien ; il ne peut évoquer les souvenirs qu'on attend de lui ; ses idées, lorsqu'elles se présentent à lui, sont embrouillées, confuses. — Le sujet atteint de confusion mentale parle seul, spontanément, de lui, de son travail, de sa famille, et d'une façon tout à fait incohérente ; lorsqu'on lui adresse la parole en élevant la voix il arrive qu'il se ressaisit, donne son nom, sa profession ou tout autre renseignement ; quelques secondes après, on voit les troubles de la perception se manifester à nouveau ;

4° Le regard du sujet atteint d'asthénie-stupeur témoigne de la lucidité de la personne ; il est souvent fixe et peu mobile, mais aussi comme inquisiteur. Il y a une question dans le regard de l'asthénique-stuporeux. — Le regard du confus est presque sans signification : il traduit parfois l'égarement de la personne malade ;

5° Dans l'asthénie-stupeur les troubles de la perception et de la reconnaissance sont nuls ; le sujet, si l'on pratique un examen superficiel et rapide, peut paraître désorienté dans le temps, non pas dans l'espace. Il reconnaît toujours bien les personnes et les choses. — Dans la confusion mentale, les troubles de la perception et de la reconnaissance des lieux, du temps, des personnes, des objets, sont accusés au plus haut point ; on peut obtenir du confus à un moment de la journée et rapidement, une réponse exacte à une question sur les lieux ou les objets, mais dès que le sujet est abandonné à lui-même, il retombe dans son état spécial dysperceptif ;

6° Le sujet atteint d'asthénie-stupeur ne présente ni illusions ni hallucinations, ni idées délirantes. — Dans la confusion mentale (troubles de la perception, généralisés et inconscients), il est assez commun d'observer des illusions, des hallucinations (onirisme, c'est-à-dire hallucinose sans délire ; délire hallucinatoire, c'est-à-dire hallucinose délirante), puisque les illusions et les hallucinations sont des troubles localisés de la perception ;

7° Dans l'asthénie-stupeur, l'émotivité est nulle ou à peu près : pas d'énervement, à moins que ce ne soit de l'énervement contenu ou négativisme, comme dans l'asthénie-stupeur juvénile, atypique et chronique qu'est la démence précoce ; pas de chagrin ou quelquefois regret de la santé perdue ; pas d'anxiété ou quelquefois crainte de la mort. — Dans la confusion mentale on note de l'énervement lorsque le patient est contrarié dans son agitation, quelquefois de l'anxiété, de la peur, par exemple peur d'accident comme dans la confusion mentale avec onirisme professionnel (non pas « délire » professionnel) ;

8° Dans l'asthénie-stupeur la fièvre fait défaut à moins de complications gastro-intestinales (et sauf, bien entendu, dans l'asthénie-stupeur des grandes infections). — Dans la confusion mentale, la fièvre est à peu près constante, tantôt faible, tantôt élevée ;

9° Après guérison de l'asthénie-stupeur on ne note pas d'amnésie concernant la période de maladie ; le sujet a le souvenir net de son état et de tous les faits ou de presque tous les faits qui sont survenus pendant sa maladie. — Le confus ignore tout des troubles de la perception et de la reconnaissance constatés chez lui ; le patient, dans son état de confusion mentale, est amnésique de fixation. Cette amnésie est difficile à étudier dans le moment même de l'état de confusion mentale ; elle le serait également dans l'asthénie-stupeur si on voulait la rechercher parce que l'asthénique-stuporeux est incapable de tout effort mental ;

10° L'asthénie-stupeur se présente sous la forme d'un accès, plus ou moins long, plus ou moins durable, allant de quelques jours, quelques semaines, à plusieurs mois et davantage. — La confusion mentale (confusion dans les perceptions) se présente sous la forme d'épisodes, en principe de courte durée ; dans la même journée on peut observer, au point de vue mental, des périodes d'état psychique plus ou moins normal et un ou plusieurs épisodes confusionnels, le soir, dans la nuit, le matin, etc. ; la confusion mentale qui persiste longtemps est mortelle ;

11° L'association de l'asthénie-stupeur et de la confusion mentale (troubles de la perception) n'est pas rare, par exemple dans les infections : l'asthénie, d'origine infectieuse, est alors compliquée de confusion mentale, d'épisodes confusionnels ; l'asthénie peut aussi être compliquée d'illusions, d'hallucinations et de quelques idées délirantes. La confusion mentale ne saurait se compliquer d'asthénie psychique, mais l'état infectieux ou toxique qui la détermine peut laisser après la confusion mentale un état d'asthénie curable ou non.

Tableau récapitulatif

Asthénie-stupeur

1) Sujet conscient de son état ;
2) Anidéation profonde, totale ou presque ; impossibilité de répondre ; mutisme complet souvent ;
3) Inertie motrice. Immobilité. Anéantissement ;
4) Regard questionneur, comme inquisiteur ;
5) Pas de troubles de la perception et de la reconnaissance des lieux, du temps, des personnes, des objets ;
6) Ni illusions, ni hallucinations, ni délire ;
7) Emotivité nulle ;
8) Pas de fièvre ;
9) Pas d'amnésie après la guérison ;
10) Accès durable.

Confusion mentale

1) Sujet inconscient de son état ;
2) Idéation incohérente ; propos spontanés, décousus ; à quelques questions vivement posées, réponses exactes ;
3) Agitation durable, plus ou moins désordonnée ;
4) Regard perdu ; visage égaré ;
5) Troubles profonds de la perception et de la reconnaissance des lieux, du temps, des personnes, des objets ;
6) Très souvent illusions, hallucinations, délire ;
7) Enervement ; anxiété possible ;
8) Fièvre ;
9) Amnésie concernant les épisodes confusionnels ;
10) Etat épisodique.

Les cas d'asthénie-stupeur compliqués d'épisodes confusionnels sont, quelquefois, difficiles à débrouiller pendant la phase aiguë du mal ; après la guérison, ils sont aisés à étudier et parfaitement clairs quand l'examen psycho-clinique rétrospectif est suffisamment prolongé.

La confusion mentale asthénique. — A qui attribuer l'expression confusion mentale asthénique ? A Séglas, croyons-nous. Qu'est-elle ou plutôt que peut-elle être cette confusion mentale asthénique, qui paraît précieuse à quelques auteurs ? Pour la plupart la confusion mentale asthénique serait la confusion mentale simple alors que l'autre forme de confusion mentale serait la confusion mentale délirante, et un sujet donné pourrait passer de l'une à l'autre. Tous les praticiens qui adoptent l'expression confusion mentale asthénique font-ils cette distinction ?

A notre avis, comme la confusion mentale est une chose (troubles inconscients de la perception et de la reconnaissance) et l'asthénie nerveuse générale une autre (troubles conscients de l'idéation et de la force musculaire), il n'est pas possible d'associer ces deux syndromes sans explications cliniques précises. L'expression confusion mentale asthénique est à ranger parmi celles qui donnent l'idée de ce que peut être un « monstre » du langage. Ou le mot confusion mentale doit signifier simplement confusion dans les idées, et alors il est sans intérêt clinique spécial, ou il doit signifier confusion dans les perceptions parce qu'il y a là un syndrome qui doit être qualifié en propre pour la clarté des classifications et des controverses.

La confusion mentale vraie est due non pas à l'asthénie psychique, mais aux troubles de la perceptivité.

La confusion mentale vraie peut compliquer l'asthénie, par exemple l'asthénie-stupeur de la fièvre typhoïde, comme l'onirisme, le délire hallucinatoire peuvent compliquer l'asthénie-stupeur, également, de la fièvre typhoïde. Confusion mentale, onirisme, délire hallucinatoire sont dus à des altérations de la perceptivité, alors que l'asthénie correspond à un état d'épuisement nerveux, psychique et musculaire.

L'asthénie, et en particulier l'asthénie-stupeur, favorise-t-elle le développement de la confusion mentale vraie ? L'asthénie existe communément sans confusion mentale vraie. L'asthénie peut se compliquer de confusion mentale vraie. La confusion mentale vraie peut exister sans asthénie, par exemple chez les intoxiqués alcooliques.

Quoi qu'on pense, malgré qu'on en ait, la confusion mentale vraie est un syndrome dysperceptif non conscient, et l'asthénie nerveuse générale, dont la stupeur, un syndrome dysasthénique parfaitement conscient.

Conclusions. — Il résulte de cette étude, et notamment après un essai historique sans doute incomplet, que :

1° Le mot stupeur a disparu, à tort, de la nosologie clinique neuro-psychiatrique ;

2° Le mot stupidité a disparu, avec raison, de la nosologie clinique neuro-psychiatrique ; le « stupide » est *conscient* de son état ; il n'est atteint ni d'idiotie acquise ni de démence ;

3° Le malade en état de stupeur n'est pas davantage un malade en état de démence ;

4° Le mot confusion mentale ne dit pas du tout, ne dit pas clairement, ce qu'est l'état de stupeur ; il ne peut remplacer le mot stupeur, comme l'a cru et dit, avec Chaslin, l'école française de neuro-psychiatrie ;

5° La confusion mentale vraie est un syndrome, jamais une maladie, syndrome dans lequel sont essentiels les troubles *non conscients* de la perception et de la reconnaissance des lieux, du temps, des personnes et des objets ;

6° L'agnosie, généralisée ou spécialisée, représente les troubles *conscients* de la perception et de la reconnaissance ;

7° La stupeur est le plus haut degré de l'asthénie nerveuse générale ; le sujet atteint d'asthénie-stupeur est un individu *conscient* de son état morbide ;

8° La confusion mentale asthénique est une mauvaise expression clinique. L'asthénie peut se compliquer de confusion mentale vraie ; alors l'asthénique présente, épisodiquement, des troubles de la perception et de la reconnaissance, dont il ne sera pas conscient, dont il ne gardera pas le souvenir ; dans ce cas, il y a association de deux syndromes : la confusion mentale vraie épisodique guérit vite, sinon la terminaison serait fatale, et dure, persiste, évoluant vers des fins variées.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

29 *juin (suite)*. — Mme Kepes. — Contribution à l'étude de la leucose aiguë de l'enfant.

M. Routier. — L'organisation du dépistage de la tuberculose pulmonaire chez les rapatriés.

M. Voyeux. Les problèmes sanitaires soulevés par l'hébergement des étrangers après la libération du territoire français.

M. Guitton. — Ulcères gastro-duodénaux.

M. Jallot. — Une méthode de traitement des grands prolapsus génitaux.

M. Seyer. — Des occlusions intestinales post-opératoires.

M. Verjat. — Du prolapsus du rectum par le procédé de Lockhart-Mummery.

ACTUALITÉS

LA VISITE A PARIS DE SIR ALEXANDER FLEMING

Sur l'invitation de M. F. Billoux, ministre de la Santé publique, le premier parmi les savants d'Outre-Manche, Sir Alexander Fleming, à qui la médecine doit la pénicilline, est venu, le British Council aidant, rendre visite aux Français.

Visite trop brève et trop subitement résolue pour avoir permis à tous les maîtres qui auraient souhaité l'accueillir d'être présents autrement qu'en pensée, mais cet impromptu même aura rendu plus manifeste, dans l'hommage rendu, le jaillissement de l'admiration et de la reconnaissance de notre pays.

Les journées trop courtes que Sir Alexander a passées au milieu des savants français ont été des plus remplies. Arrivé au Bourget le 3 septembre, le professeur Fleming était dès le lendemain entouré des ministres de la Santé Publique et de l'Education Nationale et de S. E. M. Duff Cooper, ambassadeur de Grande-Bretagne, l'hôte très fêté de l'Académie de Médecine. Le Président le saluait d'une brillante allocution ; le doyen de la Compagnie, M. Hyacinthe Vincent, lui souhaitait une élogieuse bienvenue que, par une attention délicate, il prononçait en anglais ; le Prof. Binet disait l'épopée de la pénicilline.

Le jour suivant fut réservé au Palais de la Découverte où le guidèrent le Prof. Gabriel Bertrand, M. Léveillé, le Prof. Pasteur Vallery-Radot, le Prof. Justin-Besançon ; visite trop courte mais suffisante cependant pour avoir révélé au Prof. Fleming un mode nouveau d'enseignement et de vulgarisation scientifiques, entièrement orienté vers les aspects les plus récents de la science et de la technique. Une maquette de la prochaine exposition de la pénicilline témoignait de l'intérêt croissant qu'éveille cette substance même dans les milieux non-scientifiques.

Le troisième jour fut réservé à l'Institut Pasteur. Le Professeur Tréfouël dans une brève harangue et sir Alexander Fleming dans sa réponse, s'accordèrent à dire la vitalité et la fécondité de l'œuvre et de l'esprit pasteuriens : sir Alexander aurait été pour Pasteur le disciple de choix ; c'est à la doctrine de Pasteur que sir Alexander lui-même rapporte la première inspiration qui l'a guidé. Un pèlerinage aux souvenirs de Pasteur et de Mme Pasteur, pieusement conduit par le Prof. Pasteur Vallery-Radot, une visite des laboratoires, ceux du B. C. G. et surtout de la chimiothérapie ainsi que la section récemment réservée à la pénicilline, la visite du beau service hospitalier où le Dr René Martin pratique depuis plusieurs mois la pénicillothérapie, celle de l'Institut de Sérothérapie de Garches, auront témoigné à l'illustre visiteur de l'effort patiemment maintenu et invinciblement accru d'une France, même meurtrie.

Partout ce sont les mêmes sentiments : admiration et reconnaissance qui sont venues s'exprimer. C'étaient les mots du Prof. Brouardel retraçant devant l'Académie la genèse et le développement des travaux de sir Alexander, les bienfaits acquis de la pénicilline sauvant les blessés et les rendant sans retard à une existence fonctionnellement normale, les bienfaits promis aussi dans la thérapeutique du temps de paix encore à ses débuts. C'étaient les mots aussi du Prof. Binet montrant le lien qui unit les triomphes présents au puissant arbre de la doctrine pasteurienne, l'effort français qui malgré l'oppression réussissait dans le secret et par ses seules forces à retrouver en partant de faibles indices, à deviner et à retrouver ce que les Alliés plus heureux avaient pu voir au grand jour ; les travaux de Mme et de M. Tréfouël, ceux de Levaditi, de Turpin, ceux du service de Santé Militaire réussissant en pleine période de détresse à mettre en marche une fabrication industrielle française du précieux produit, l'œuvre enfin des cliniciens de chez nous commencée d'hier et déjà riche. Reconnaissance et admiration rayonnaient dans les souvenirs d'une récente visite aux armées françaises où la pénicilline jouit d'une popularité réelle parmi nos soldats, ses bénéficiaires passés ou éventuels, dans le récit également de succès imprévisibles et tous récents en médecine hospitalière. « L'Académie, l'Institut, la Faculté de Médecine vous disent leur reconnaissance et leur admiration. »

En face de toute leur émotion, si noble et si profonde, les assistants ne voyaient qu'un homme aux cheveux d'argent, au regard étonnamment perçant et jeune à qui sa simplicité, en gestes et en paroles, créait une noblesse. « ...Je n'ai pas inventé la pénicilline, j'ai su la deviner et je lui ai donné un nom. J'ai travaillé seul, ce qui est le meilleur pour trouver du nouveau mais le travail d'équipe a permis ensuite la pleine réalisation des premières espérances... j'ai eu seulement la bonne idée d'être curieux... Dans tout cela, il y a comme en toute chose, beaucoup de hasard ; j'ai remarqué la lyse bactérienne mais c'est un hasard si la bonne moisissure est tombée sur la bonne culture... Il y a beaucoup de hasard : j'aurais pu être fermier, m'occuper de transports maritimes. Les hasards d'un héritage, d'un voisinage et quelques coïncidences autres ont fait de moi un médecin, m'ont fixé au Saint-Mary's Hospital et j'ai dépisté la pénicilline. Et me voici, aujourd'hui, au milieu de vous, messieurs... »

A ces propos d'une modestie naturelle et sans dissonance ne manquait pas non plus un humour de la meilleure origine, ni le bon conseil : être le maître de ses moyens pour répondre à l'appel inopiné de la chance, ni le rappel de la pensée de Pasteur : « Le hasard ne favorise que les intelligences qui sont prêtes ». Après bien d'autres, mais mieux qu'aucun, sir Alexander Fleming a montré par sa propre histoire la vérité et l'efficacité profonde d'une telle règle de vie.

Au cours de sa visite en France, Sir Alexander Fleming a reçu des mains du général de Gaulle les insignes de Commandeur de la Légion d'honneur et M. le Ministre de la Santé publique lui a remis les insignes de Commandeur de la Santé publique.

R. Levent.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance solennelle et extraordinaire du 4 septembre 1945

Malgré la période des vacances l'Académie, sous la présidence du Prof. J. Brouardel, son président, s'est réunie en séance solennelle pour accueillir Sir Alexander Fleming, du Saint-Mary's Hospital, de Londres, de passage à Paris. Etaient présents : M. Billoux, ministre de la Santé Publique, M. Capitant, ministre de l'Education Nationale et S. E. M. Duff Cooper, ambassadeur de Grande-Bretagne. Après la bienvenue souhaitée par le président à l'hôte de l'Académie, le médecin général H. Vincent, doyen de la Compagnie, dans une allocution en anglais et le Prof. Binet, ont retracé les étapes et l'épanouissement de la découverte de la pénicilline par le Prof. Fleming.

Une brève allocution en anglais de Sir Alexander Fleming, fidèlement et élégamment traduite par le Dr Camminger, attaché aux Affaires Etrangères, a retracé avec une émouvante modestie, non exempte d'humour, quelques étapes de sa vie scientifique et montré l'heureuse influence du hasard dans la recherche scientifique lorsque les chercheurs se sont préparés à saisir ses faveurs.

SOCIETE FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE

Séance du 27 mai 1945

Gangrène aiguë massive du pied chez un nourrisson. Péri-artériolite noueuse. — M. Paul Véran (Nantes). — Cette observation remarquable cliniquement par l'acuité et la massivité de la gangrène, sa limitation peut-être sous l'influence du traitement (injections intra-artérielles de colorants, sympathectomies, etc...) ne l'est pas moins histologiquement. L'existence de péri-artériolite nodulaire avec intégrité de la media, la différencie de la maladie de Küssmaül dont elle semble une forme approchée.

Etude clinique, électrique et anatomique d'un cas de bloc de branche. — MM. J. Lenègre, L. Deglaude et A. Hazim. — L'observation concerne une femme de 42 ans atteinte d'une cardiopathie congénitale avec cyanose, souffle systolique frémissant du 3e espace intercostal gauche et insuffisance ventriculaire droite terminale. L'autopsie montre un gros cœur (dilatation et hypertrophie des deux ventricules) avec rétrécissement sous-aortique fibro-calcaire envoyant une coulée scléreuse sur la cloison fibreuse et compliqué d'une sigmoïdite aortique discrète. En outre, persistance d'un canal artériel de gros calibre avec dilatation et athérome de l'arbre artériel pulmonaire. Les coupes en série de la cloison ont montré l'intégrité du nœud de Tawara et du faisceau de Hiss et des lésions étendues de la branche gauche : dégénérescence vacuolaire accentuée des filets de la branche gauche dès leur origine ; puis un peu plus bas, dispersion et destruction des derniers filets de la branche gauche englobés dans une large bande d'endocardite fibreuse. Ces lésions de la branche gauche dépendent peut-être d'une endartérite sténosante accentuée des artérioles du faisceau de Hiss, mais surtout d'une expansion fibreuse émanée du rétrécissement sous-aortique et propagée à l'endocarde septal du ventricule gauche.

Suivent des commentaires qui soulignent l'intérêt de cette observation privilégiée : image électrique caractéristique d'un bloc de branche (gauche selon la conception « moderne ») et lésions considérables mais exclusivement cantonnées à la branche gauche du faisceau de Hiss.

Etude radiokymographique des mouvements d'une valvule sigmoïde calcifiée. — M. R. Heim de Balsac. — L'auteur présente la radiokymographie d'une valvule sigmoïde antérieure calcifiée. Celle-ci, d'après les repères chronologiques des battements ventriculaires et aortiques voisins, s'écarte du centre de l'orifice aortique pendant la systole et s'en rapproche au cours de la diastole.

La particularité de ce cas réside dans la forme en plaque de la calcification et de son siège sur la sigmoïde antérieure qui paraît n'être qu'incrustée et non déformée, et avoir des battements analogues à ceux que doit présenter une sigmoïde normale.

Cette observation, sans doute unique, apporte donc une image directe et *in vivo* du jeu valvulaire sigmoïdien.

Les varices congénitales (Dysembryoplasie comprenant un angiome plan et l'hypertrophie du membre.) — MM. C. Lian et Alhomme rapportent trois observations personnelles cadrant avec le syndrome décrit par Klippel et Trenaunay en 1900.

Les varices apparaissent vers la puberté et vont en augmentant pour atteindre un centimètre de diamètre. Elles frappent en général un seul membre, souvent le membre supérieur.

Le membre atteint est le siège d'un angiome plan, lilas clair, ou plus souvent rouge vif à la racine du membre, violacé à l'extrémité.

Le membre est hypertrophié. L'hypertrophie, qui atteint les parties molles, porte surtout sur les os.

Quand ces dysplasies intéressent le membre inférieur, les varices aboutissent rapidement à l'apparition d'un ulcère.

Une dysembryoplasie, une méso-ectodermose expliquent la coexistence de ces trois ordres de troubles.

L'angiome cirsoïde avec anévrisme artério-veineux et dilatations artérielles et veineuses n'est pas, comme l'a écrit Parkes Weber en 1918, le même syndrome d'un degré plus marqué. En effet, les dilatations artérielles et veineuses n'y sont pas une malformation congénitale, mais sont la conséquence mécanique de l'anévrisme artério-veineux.

Le traitement des varices congénitales comporte le recours aux injections sclérosantes intra-variqueuses : celles-ci doivent être faites avec des solutions plus fortes que pour les varices communes et elles ont besoin d'être répétées périodiquement. Elles sont utiles pour éloigner ou empêcher l'apparition de l'ulcère variqueux.

Trois observations anatomo-cliniques de rythme nodal expérimental chronique par ablation chirurgical du nœud sinusal. — MM. F. Jourdan, Roger Froment, Léon Gallavardin et A. Baud tirent de ces cas, dont deux portent sur des chiens suivis 3 et 4 ans, après ablation histologiquement contrôlée du nœud sinusal, les principales conclusions suivantes : 1° Le polymorphisme et l'atypie de P sont beaucoup plus durables et fondamentales que les variations de P-R, celles-ci disparaissant par l'atropinisation. 2° On observe dans ces bradycardies nodales pures quelques ondes P bloquées et des complexes ventriculaires atypiques non prématurés (type échappement ventriculaire) que l'atropine fait aussi disparaître. Tout ceci montre l'action profonde exercée sur le rythme nodal pur par le tonus vagal physiologique. 3° On peut enfin voir la disparition soudaine d'une ou plusieurs pulsations auriculo-ventriculaires, réalisant donc les aspects figurés habituellement par ce qu'on nomme block sino-anniculaire. L'incidence clinique de tous ces faits est soulignée.

Un nouveau signe de péricardite calcaire : la vibrance méso- ou proto-systolique. — MM. Roger Froment, A. Tourniaire, A. Gonin et Léon Gallavardin rapportent une observation de péricardite calcaire opérée où furent observées successivement une vibrance méso-systolique isolée, puis une vibrance proto-systolique accusée associée à une vibrance proto-diastolique atténuée. Rapprochant ces faits de quelques autres, les auteurs montrent qu'il faut, dans la symptomatologie de la péricardite calcaire, décrire, en regard de la vibrance proto ou iso-diastolique de Lian, une vibrance proto ou méso-systolique. Les phénomènes sont symétriques et dus, l'un au redressement diastolique, l'autre à l'incurvation systolique de la cuirasse calcaire ; ils ont valeur diagnostique comparable.

Une épreuve anatomique d'étanchéité de la valvule mitrale et de mesure de ses fuites sous pression connue. — MM. Roger Froment, Guinet, Coblentz et Léon Gallavardin, éprouvant le fonctionnement mitral grâce à la distension ventriculaire sous pression, par une technique qu'ils indiquent, montrent qu'on possède ainsi un moyen d'affirmer éventuellement l'étanchéité mitrale et de récuser des diagnostics erronés d'insuffisance, faits au nom des signes cliniques ou de l'examen anatomique des cavités. La constatation d'une fuite dépassant 20 cc. sec. permet en principe de conclure à une insuffisance mitrale existant *in vivo* ; elle concorde dans l'ensemble avec les signes cliniques constatés, mais permet cependant d'en redresser l'interprétation dans quelques cas.

Flutter avec dissociation auriculo-ventriculaire chez un myopathique. — MM. Broustet, Bergouignan et Léger (Bordeaux), rapportent l'observation d'un homme de 54 ans, chez lequel s'installent de façon parallèle des troubles cardiaques et une myopathie.

Après un bref épisode d'insuffisance cardiaque curable, le malade fait deux syncopes qui font découvrir une bradycardie à 40. Mais l'électrocardiogramme révèle en même temps une tachysystolie auriculaire à 200. Il y a indépendance complète entre les oreillettes et les ventricules.

L'intérêt de cette observation tient à la rareté de la rencontre de ces troubles du rythme et à leur coexistence avec un syndrome myopathique. Elle pose la question de la participation du myocarde aux dystrophies myopathiques. Elle ne permet pas de la résoudre parce que l'âge du malade, une hypertension antérieure, une légère sclérose vasculaire pouvaient être, à elles seules, responsables de l'atteinte du muscle cardiaque.

Les accidents hypertensifs consécutifs à l'injection d'acétylcholine. — M. Robert Raynaud rapporte une observation clinique et des faits expérimentaux montrant que l'acétylcholine, vieille de quatre à six ans, peut avoir une action hypertensive.

Par contre, chez l'homme, la belladone et l'atropine ne semblent pas inverser l'action de l'acétylcholine observée chez l'animal.

Une cause peu classique d'algie précordiale. — M. P. Mériel (de Toulouse). — L'auteur nous rappelle une cause d'algie précordiale consistant en un déplacement vertébral qui amincit le disque intervertébral, puis arrive à pincer le plexus nerveux, d'où des douleurs de type radiculaire. L'examen méthodique du cœur, de la paroi thoracique, de la plèvre et du poumon ne décelant rien d'anormal, on doit systématiquement rechercher cette cause. Sur 20 malades traités par la réduction d'un déplacement vertébral, il y a eu pour tous guérison totale, rapide et définitive, certains depuis plus d'un an.

SOCIETE DE MEDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

Séance du 5 juillet 1945

La rééducation des blessés et des malades de guerre aux Etats-Unis. — M. Durieux. — Les services de Santé des forces armées américaines poursuivent depuis deux ans la rééducation physique et morale des blessés et des malades de guerre, dans le but de les réadapter à la vie militaire ou, à défaut, à la vie civile. La reprise du service est préparée par la thérapeutique appropriée, l'entraînement physique, les occupations et les distractions. Le retour à la vie civile est facilité par la restauration de la fonction proprement dite et la réadaptation.

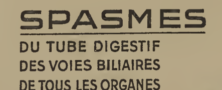
Prophylaxie et traitements rapides des maladies vénériennes dans la marine américaine. — M. Durieux. — La prophylaxie par le Sulfathiazol ou la Sulfadiazine est efficace, mais demeure une méthode d'exception, réservée aux Centres très infectés. Le but poursuivi actuellement est de « stériliser le réservoir » par une lutte incessante contre la prostitution ouverte ou clandestine et un traitement aussi standardisé que possible, efficace et immédiat.

A propos de la prophylaxie de la rougeole aux Etats-Unis. — M. Durieux. — Elle est très étudiée aux Etats-Unis depuis une dizaine d'années. L'auteur compare l'efficacité des dérivés du plasma (gamma globulines) à celle des divers autres produits. Il estime qu'elle constitue la meilleure prophylaxie actuellement connue de la rougeole. La globuline gamma, d'une préparation relativement simple, peut être conservée en stocks de faible encombrement, immédiatement disponibles. Sa haute concentration en anticorps permet l'emploi de doses minimes, non douloureuses.

Centre de réanimation. — M. Genaud. — Ce Centre a été organisé par la direction de la Défense passive et de la protection contre l'incendie, pour le traitement des gazés et asphyxiés. Il est doté des derniers perfectionnements en matière de respiration artificielle, ainsi que d'une installation d'oxygénocarbothérapie utilisant les gaz thérapeutiques comprimés et à l'état liquide.

Contribution à l'étude de la pathologie du prisonnier de guerre. — M. Tartarin. — Après une évocation des conditions de vie à l'Oflag IV D et II B, l'auteur commente les chiffres donnés par une statistique des maladies observées dans ce camp de juin 1940 à février 1944. Il constate : *a*) une diminution progressive de la morbidité générale, comme s'il y avait une certaine adaptation de l'organisme à des conditions de vie très particulière ; *b*) l'absence complète de certaines maladies contagieuses ; la rareté extrême de la typhoïde et du typhus exanthématique ; *c*) la rareté relative de la tuberculose et des œdèmes


TRAITEMENT
DES ANÉMIES
ET DES
DÉFICIENCES
NEURO-
ORGANIQUES
SOJAMINOL, complexe d'acides aminés : histidine, tryptophane, extrait du SOJA, riche en vitamines naturelles du groupe B associé aux gluconates de Fer et de Cuivre et à un neurotonique atoxique de synthèse : l'Ambotolyl.
MODE D'EMPLOI :
Adultes : 2 comprimés à chacun des trois repas.
Enfants : 2 comprimés à chacun des deux principaux repas.
SOJAMINOL
COMPRIMÉS
LABORATOIRE
du NEUROTENSYL
72, Bd Davout - PARIS (20e)


TRASENTINE
NOM DÉPOSÉ
CIBA


INNOVATIONS
innothéra
THÉRAPEUTIQUES

de carence ; *d*) l'augmentation progressive des affections de l'appareil digestif (alimentation défectueuse et insuffisante) et des psychasthénies (souffrance morale et inactivité forcée).

Une technique simplifiée de fermeture du moignon duodénal dans la gastrectomie. La ligature simple en masse après écrasement sans enfouissement. — M. Favre insiste sur les avantages de cette technique qui est rapide, facile et donne de bons résultats.

A propos des diverticules épiphréniques de l'œsophage. — MM. Trial, Rouquet et Rescanières. — Présentation des observations de trois diverticules de dimension d'un œuf de poule, l'un à symptomatologie gastrique, l'autre à symptomatologie œsophagienne, le troisième muet cliniquement et découvert à la suite d'un examen radiologique du poumon.

Les auteurs insistent sur les difficultés du diagnostic radiologique et différentiel entre le diverticule de l'œsophage et la hernie gastrique à travers la fente de Larrey.

BIBLIOGRAPHIE AMÉRICAINE

UN HOMMAGE AMÉRICAIN A LA MÉMOIRE DE MAGENDIE

J. M. D. Olmsted, professeur de physiologie à l'Université de Californie, vient de publier à New-York un volume de 300 pages sur F. Magendie, créateur de la physiologie expérimentale et de la médecine scientifique au XIXe siècle et le maître de Claude Bernard (1).

Dans la préface de J. F. Fulton, professeur à l'Université Yale, on lit :

« Dans la première moitié du XIXe siècle, la médecine américaine fut profondément influencée par la médecine expérimentale française fondée par F. Magendie et nombreux furent les médecins et les étudiants américains qui accoururent en France pour étudier cette nouvelle méthode. D'après Stillé, en 1836, on en comptait 36 : 7 de Boston, 12 de Philadelphie, 1 de Baltimore, 3 de Charleston, 3 de Virginie, 7 de New-York, 6 des autres Etats. Au moment où les médecins américains reviennent une fois de plus en France, il importe de savoir où ils ont puisé les bases de leur instruction et pour comprendre l'enthousiasme avec lequel ils ont été accueillis au début de l'été 1944, il faut connaître un peu d'histoire. La vie de Magendie est un modèle de cet esprit français qui a créé Claude Bernard, Pasteur, Laveran, Roux et bien d'autres que le monde entier vénère profondément, elle illustre quelques-unes des qualités des hommes de science de tous les pays.

Le premier, il distingua les fonctions des racines antérieures et des racines postérieures de la moelle épinière, il étudia les réflexes, le rôle du voile du palais, il publia une importante monographie, qui est une rareté dans la science neurologique, sur le liquide cérébrospinal, ainsi qu'un précis de physiologie qui, traduit dans toutes les langues, a été un modèle du genre, enfin une monographie sur les fonctions du système nerveux central.

Son influence considérable attira à lui bien des élèves, dont le plus remarquable fut Claude Bernard. Nous sommes heureux que le professeur Olmsted, dont l'ouvrage « Claude Bernard, physiologiste », a été si bien accueilli, ait entrepris d'écrire la vie de Magendie, car dans cette contrée, peu de personnes ont une plus grande connaissance du sujet.

Il faut espérer que tous les médecins américains qui ont la chance de se trouver en France en ce moment contribueront à payer la dette ancienne qu'ils doivent à la médecine française du début du XIXe siècle. »

Mon regretté ami Graham Lusk choisit également pour sujet de la Conférence Pasteur à l'Institut de médecine de Chicago, 21 octobre 1920 : « De l'influence de la science française sur la médecine ». Cette conférence a paru dans la *Revue scientifique* du 25 mars 1922.

L'ouvrage d'Olmsted comporte 13 chapitres, portant chacun en exergue une phrase choisie.

Le premier intitulé : Fils de la Révolution, 1783-1808, décrit la vie scolaire de Magendie jusqu'à sa thèse de doctorat, dédiée à son père. Il suivit les cours de Corvisart qui fit connaître en France la méthode de percussion d'Auenbrugger.

Le deuxième retrace sa lutte contre la théorie des propriétés vitales de Bichat.

Dans le troisième, 1809, Magendie est décrit comme le pionnier de la pharmacologie expérimentale, avec la phrase : « Il n'est donné qu'à l'observation d'établir un fait sur des bases irrécusables. »

Le quatrième, 1813-1815, porte le titre *Volte-face, de l'anatomie et de la chirurgie à la physiologie :* « Moi-même, je vais me livrer à de nouvelles recherches, pénétré que je suis que c'est dans cette étude de la physique vitale que repose l'avenir de la médecine. »

Le cinquième, 1816-1817, nous montre l'apparition du *Précis de Physiologie.* « On trouvera dans ce livre, avant tout, des faits dont j'ai, autant qu'il m'a été possible, constaté directement la réalité. »

Le sixième, 1818-1822, on commence à apprécier toute la valeur des études de Magendie qui devient membre de plusieurs Sociétés scientifiques étrangères.

Le septième, 1822, a pour titre la *Controverse Bell-Magendie* et comprend 30 pages avec en-tête : « J'annonçai donc comme un fait nouveau et que je venais de découvrir, que les racines antérieures présidaient au mouvement et les postérieures à la sensibilité. »

Le huitème, 1823-1824, a trait aux expériences sur le système nerveux central, sur l'hydrophobie et signale sa première visite en Angleterre.

Le neuvième, 1825-1828, le liquide cérébrospinal.

Le dixième, 1830-1832, son mariage, sa nomination au Collège de France, l'épidémie de choléra.

Le onzième, 1833-1840, ses activités professionnelles, ses conférences.

Le douzième, 1840-1845, commissions gouvernementales, collaboration avec Claude Bernard.

Enfin, le dernier chapitre, 1845-1855, décrit ses dernières années. Il est suivi d'une bibliographie très complète comportant 16 pages, puis d'une table alphabétique. Plusieurs portraits illustrent l'ouvrage.

En terminant, qu'il me soit permis de rappeler la mémoire de Lacaze-Duthiers, professeur de zoologie à la Sorbonne, ancien interne de Magendie, comme il aimait à le répéter dans son cours, et qui fut le créateur de nos laboratoires maritimes de Roscoff, Banyuls, Concarneau.

J.-M. Le Goff.

(1) François Magendie. Pioneer in experimental physiology and scientific medicine in XIX century, France, by J. M. D. Olmsted, professor of physiology University of California. Schuman's, New-York, 1944.

INTERETS PROFESSIONNELS

Communiqué du Conseil des Médecins du département de la Seine

Chauffage des cabinets médicaux

A la suite de démarches pressantes du Conseil des Médecins de la Seine, le répartiteur du charbon a consenti à reprendre, pour l'hiver prochain, les allocations de combustible aux médecins.

Il a décidé d'attribuer à chaque médecin 300 kg. de charbon ou 1.200 kg. de coke de récupération. Le coke de récupération n'est pas imposé aux médecins, il pourra leur être alloué s'ils en font la demande, en remplacement du charbon.

D'autre part, sur demande, les 300 kg. de charbon pourront être remplacés par 6 hl. de coke de gaz ou 450 kg. de briquettes de lignite.

Pour obtenir le bon de charbon, les médecins devront s'adresser à la mairie de leur arrondissement ou de leur commune, à partir du 1er octobre.

La fourniture du charbon, du coke de gaz ou de briquettes de lignite sera faite par le fournisseur habituel, mais pour le coke de récupération, la mairie indiquera le nom du fournisseur.

(8 septembre 1945).

Contrôle sanitaire des rapatriés

La direction régionale de la Santé a obtenu une dotation de carburant destiné aux médecins qui prêtent leur concours pour le contrôle sanitaire des rapatriés.

Les praticiens qui sont affectés à un centre d'examen éloigné de leur domicile pourront bénéficier de cette allocation spéciale.

Ils devront justifier :

1° Qu'ils sont titulaires d'un permis de circulation valable ;

2° De la distance kilométrique qui sépare leur domicile du Centre où s'exerce leur activité ;

3° De la fréquence de leurs consultations.

Les médecins titulaires de consultations ont seuls droit à l'allocation de carburant à l'exclusion des remplaçants et des suppleants.

La remise des tickets se fera à partir du 10 de chaque mois, à la Direction régionale de la Santé, 1, avenue Victoria, de 16 à 18 heures (sur présentation du volant du permis de circulation et de la carte grise).

Les tickets non retirés le 30 du mois ne seront pas reportés sur le mois suivant.

Sur un projet de création d'un monastère scientifique

Le désarroi actuel — en contraignant les producteurs intellectuels à s'occuper journellement de leur ravitaillement, de leur cuisine, de leur maison — ne leur laisse pas le temps nécessaire pour observer, réfléchir, composer, rédiger, c'est-à-dire pour assurer leur production normale.

Trouveraient-ils ce temps, d'ailleurs, qu'ils n'auraient pas toute la sérénité et la liberté d'esprit indispensables à la création et à l'invention, en raison des lourdes difficultés financières qui les accablent, et des inquiétudes justifiées qui les assiègent, dans un état social qui leur laisse de moins en moins de place, et qui semble ne s'intéresser qu'au travail manuel et aux disputes politiques.

Et tout cela est loin d'être terminé ! Seuls, ceux d'entre nous qui ont de grandes ressources, ou des familles nombreuses, actives, dévouées, autour d'eux, pourraient encore produire, dans un isolement relatif ; mais il ne paraît guère qu'ils y réussissent, car l'ambiance est nettement défavorable ; et, d'ailleurs, ils sont peu nombreux.

***

Certaines périodes de notre histoire ont déjà donné des spectacles aussi affligeants (et même à une plus grande échelle) : ainsi la fin de l'Empire romain d'Occident, puis d'Orient. Ce furent alors les monastères qui sauvèrent, en Europe, la culture antique d'une destruction totale, et la transmirent à la rayonnante civilisation du Moyen Age.

Si nous allons plus loin, vers l'Orient, nous trouvons les monastères fondés par Bouddah, six siècles avant Jésus-Christ, uniquement basés sur un système philosophique, sans divinité ni culte, c'est-à-dire sans religion. Ces monastères sont, au jourd'hui encore, les plus nombreux, les plus peuplés, les plus puissants du monde.

***

On peut donc dire, sans crainte d'erreur, que si l'idée religieuse a été un excellent moyen de grouper des hommes dans une vie commune, cette idée n'est pas indispensable. Il paraît possible de les grouper aussi autour d'une idée scientifique, artistique ou littéraire, sous les réserves que la communauté assurera leur vie matérielle et leur tranquillité spirituelle.

***

Nous proposons donc aux médecins, biologistes, naturalistes, physiciens, chimistes, radiologues, historiens, préhistoriens, anthropologistes, astronomes, météorologistes, de se grouper autour du vaste programme de la Cosmobiologie, qui a pénétré dans 26 nations et dont le rayonnement ne cesse de grandir, parce que les vues énoncées par nous, depuis 1920, ont été réalisées par les événements.

Si ce projet a votre approbation, veuillez envoyer, dès à présent, vos réflexions, critiques, suggestions, etc., au Dr Maurice Faure, président de l'Association de Cosmobiologie (24, rue Verdi, à Nice), afin qu'il puisse rédiger promptement une seconde note, indiquant les moyens matériels de réaliser le monastère scientifique projeté, avec le minimum de règles nécessaires à sa bonne marche, et le maximum de liberté assuré à ses membres.

Nous espérons pouvoir ainsi contribuer au relèvement de la France, de la Science et de la Civilisation. M. F.

CHRONIQUE

Les assistantes sociales

Assister quelqu'un (« ad », auprès ; « sistere », se tenir debout), c'est le secourir, lui prêter aide (Larousse). L'assistance est vieille comme le monde ; Adam se tenait certainement debout auprès d'Eve lors de la naissance de Caïn. Mais, sous sa forme sociale, elle n'existait guère au temps de l'esclavage ; avec l'ère chrétienne, elle prit un grand développement sous le nom de charité ; puis elle se laïcisa et ce fut la solidarité. Il y a donc un certain lien de parenté entre les assistantes sociales et les Filles de saint Vincent de Paul, les Petites Sœurs de l'Assomption ; celles-ci, revêtues du sévère costume qui, contrairement à l'opinion de Paul Bourget, n'ensevelit pas leur grâce « dans les rues populaires, passent silencieuses et se hâtent vers les miséreux ». N'est-ce pas ce que font les assistantes sociales avec des robes plus claires, plus courtes, et un peu moins de silence ?

L'assistance sociale me semble devoir intéresser beaucoup les jeunes filles qui désirent gagner honorablement et dignement leur pain quotidien ou celles qui, plus fortunées, ne veulent pas vivre les années prénuptiales dans une honteuse oisiveté. Les études préparatoires ne sont ni trop longues ni trop difficiles ; toute élève dont l'intelligence n'est pas « au-dessous du médiocre » et qui travaille régulièrement, a la certitude d'obtenir le diplôme. En cas d'échec à l'examen, échec dû le plus souvent à l'émotivité, la candidate sera reçue à la session suivante. Après avoir été diplômée, la nouvelle assistante trouvera aussitôt un poste vacant ; très souvent même, une place lui a été promise avant l'examen et on l'attend avec impatience, car la carrière n'est pas encombrée ; en mai 1943, à Paris, 164 diplômes seulement ont été délivrés et des vides se produisent chaque année dans les cadres des assistantes dont plusieurs donnent leur démission, la plupart pour se marier, quelques-unes pour entrer au couvent. Elles seront d'excellentes mères de famille ou religieuses, ayant appris, dans l'exercice de leurs fonctions, à ne pas perdre leur temps et à se dévouer.

Un confrère, préoccupé de l'avenir de sa fille, et me faisant l'honneur de lire cet article, pensera peut-être que la profession d'assistante sociale est moins reluisante que celle d'avocate, d'ingénieur ou de doctoresse en médecine. Il serait dans l'erreur. Je connais une licenciée en droit, fille d'un docteur en droit, qui est devenue assistante sociale, préférant cette assistance à l'assistance judiciaire ; la fille d'un chirurgien réputé a commencé ses études d'assistante après avoir conquis deux licences, droit et lettres. D'autre part, quand un annuaire des assistantes sociales sera publié, on y trouvera des noms de la meilleure bourgeoisie, voire de la plus authentique noblesse et je pourrais citer l'une d'elles qui descend d'un surintendant des finances de

Louis XIV. En devenant assistante sociale, on ne déroge pas.

Les situations offertes sont nombreuses et variées, si bien que chaque jeune fille, ayant le choix entre divers postes, pourra se décider selon ses goûts. Désire-t-elle un emploi sédentaire ? Elle le trouvera dans une usine, dans un dispensaire. Une autre préfère les déplacements fréquents, aime les voyages : qu'elle entre à la S.N.C.F. Elle devra circuler beaucoup pour son service et, pendant les vacances, elle pourra faire, avec des permis, de beaux voyages pour aller voir les sites grandioses des Alpes ou les plus merveilleuses de nos cathédrales gothiques.

J'ai eu l'occasion de suivre de près le travail des assistantes sociales qui s'occupent des enfants malheureux et coupables. M. Joubrel, docteur en droit, a écrit une brochure très documentée sur la délinquance juvénile en Bretagne ; il y montre que la dislocation des familles, trop fréquente aujourd'hui, laisse souvent les enfants soumis à de mauvaises influences, ce qui fait que la criminalité juvénile a triplé depuis 1939. Des services sociaux de sauvegarde de l'enfance fonctionnent dans chaque département du ressort de la Cour d'appel de Rennes. A Nantes, les assistantes attachées au patronage des enfants moralement abandonnés ont une besogne formidable qu'elles accomplissent avec un dévouement absolu, sous l'impulsion d'une femme remarquable qui dirige son escouade avec une sûreté parfaite. Chargées par le tribunal, d'enquêtes souvent délicates, et pour lesquelles il faut du tact, de la discrétion, elles consignent les résultats de ces enquêtes dans des rapports qu'il convient de faire avec soin, puisqu'ils seront lus par des magistrats dont on désire obtenir, puis conserver l'estime. J'aurais beaucoup d'autres dévouements à signaler, par exemple, celui de l'assistante du dispensaire antivénérien des hôpitaux qui rend les plus grands services dans ce poste particulièrement difficile.

Ainsi donc, les assistantes sociales remplissent leurs très utiles fonctions, non seulement avec assiduité, mais avec intelligence, avec zèle. Les arrière-grand'mères de beaucoup de ces jeunes filles ne connaissaient guère du peuple que les domestiques qui les servaient, leurs descendantes sont moins distantes et plus démophiles ; elles se penchent vers le peuple pour le servir.

M. Brelet.

LIVRES NOUVEAUX

Méthode génétique et tuberculose pulmonaire, par Jean Troisier, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine, et J. Van der Stegen. Un volume de 104 pages (Collection Médecine et Chirurgie ; Recherches et applications, n° 38), 45 francs. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

Nous savons que l'organisme humain oppose au bacille de Koch des degrés très variables de sensibilisation ou de résistance. L'immunité totale ou partielle, qui est propre à chacun de nous, est souvent acquise ; souvent aussi, elle ne fait que se renforcer au cours des années. Néanmoins elle peut être innée, héréditairement transmise. Dans ce cas, elle paraît être due à des caractères particuliers, présents dans le géno-type individuel.

Afin de bien mettre en évidence la notion de terrain tuberculisable, il est nécessaire d'étudier scientifiquement la question du terrain.

La méthode statistique qui avait donné des résultats appréciables étant devenue insuffisante, les progrès récents de la génétique humaine ont permis aux auteurs de ce travail d'appliquer quelques tests génétiques à l'étude des familles entachées de tuberculose pulmonaire et d'apporter ainsi une contribution appréciable à l'étude du terrain tuberculisable.

Le **Comité national de l'Enfance** vient de faire paraître deux petits volumes ayant un caractère à la fois technique et documentaire du plus haut intérêt.

Le premier traite des **consultations de nourrissons**. Ce texte va de l'historique de la question au fonctionnement actuel de ces consultations, à leur rôle éducatif et à leur avenir dont les promesses égalent les réalisations. On y relève les noms de médecins des hôpitaux et de membres de l'Académie de Médecine au premier rang desquels figure celui du regretté professeur Lereboullet.

Le second volume envisage le **problème du lait au point de vue hygiénique et sanitaire**, problème que M. le Dr Lesné, président du C. N. E. a tant contribué à résoudre malgré les obstacles de cette période difficile.

Des techniciens, tels MM. Guittonneau, Thieulin, Houdinière, Baquiast et Lelong ont examiné magistralement tous les aspects de la question et les conclusions qui s'imposaient.

Collaboration intéressante : le major Macy (du corps de santé américain), professeur de bactériologie de l'Université de l'Etat de Minnesota — traduit excellemment par le médecin commandant Perles — a fait l'exposé du problème du lait aux Etats-Unis.

Ces deux ouvrages se trouvent au Comité National de l'Enfance, 51, avenue Victor-Emmanuel-III (8e). Prix : 30 fr.

Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe). Dépôt légal. — 1945. — 3e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd.

N° 19. — 1er OCTOBRE 1945 — 118e ANNÉE — Ce numéro : 4 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 100 fr. Étudiants, 50 fr. ; Etranger, 150 et 180 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Facultés de province

Nancy. — Le titre de professeur honoraire a été conféré à M. Job, ancien professeur, admis à la retraite.

Académie française

On annonce que le professeur Henri Mondor a posé sa candidature au fauteuil de Paul Valéry.

Nous croyons savoir, d'autre part, que la réception en public du professeur Pasteur Vallery-Radot, par M. Georges Duhamel, n'aura pas lieu avant le début de 1946. M. Duhamel doit, en effet, partir incessamment pour le Canada.

Légion d'honneur. GUERRE

Chevalier. — Médecin commandant Gabrielle (R.L.M.), du 1er bat. médical.

Médecin capitaine Juguet (L.M.), médecin chef de la 4e brigade, 1re division motorisée d'infanterie.

Médecin lieut.-colonel Le Bihan (A.F.M.), commandant le 1er bat. médical.

Médecin commandant Mongrand (L.), 1er rég. d'artillerie.

Le médecin commandant Orsini, direction du Service de Santé de la 1re armée française (Gabon, Syrie, Lybie, Tunisie, Italie, France, Allemagne).

(A titre posthume). — Chevalier. — Le médecin capitaine Garitan, Ne régiment de chasseurs parachutistes.

Le médecin capitaine Manine, Ne rég. de chasseurs parachutistes.

Médaille militaire

Le médecin auxiliaire Perdrisot, Ne groupe de tabors marocains.

Citations à l'ordre de l'armée de mer

Le médecin principal Lebreton (fusiliers marins, Royan).

Le médecin de 2e classe Sapin-Jaloustre, Ne R. fusiliers marins.

Citations à l'ordre de l'armée

Le médecin lieutenant Conill, du Ne régiment de chasseurs d'Afrique.

Médecin auxiliaire Fromaget (J.), Ne rég. d'inf.

Médaille de la Résistance française

Médecin auxiliaire Jean-Max Gaches.
Médecin capitaine (T.F.) Paul Denisart, dit Doyen.
Médecin lieutenant (T.F.) François Lhermitte.
Sous-lieutenant Paul Funck-Brentano.
Médecin sous-lieut. (T.F.) Francis-Michel Pette.
Médecin capitaine Roger-Aimé Ricalens.
Médecin commandant Paul-Henry Preney.
Médecin lieutenant (T.F.) Georges Guttières.
Médecin commandant Edouard Maheo, dit Laporte (à titre posthume).
Médecin lieutenant Jean Quéhinnec (à titre posthume).
Médecin commandant Maurice Reberol.
Médecins capitaines Jacques-Joseph-Marie Lacoste ; Jacques-Jean-Marie Méredieu ; Séverin Selzer, dit Marius Dubois (T.F.) ; Lucien Toty, dit Ransome (T.F.).
Médecin lieutenant Emile Forster.
Médecin sous-lieutenant (T.F.) Léon Wachtel, dit Dagnan.
Sous-lieutenant dentiste (T.F.) Simon Marcus.
Médecin lieutenant (T.F.) Bernard-Henri Barati.
Médecin commandant (T.F.) Pierre-François-Jean L'Hotelier.
Capitaine pharmacien (T.F.) Charles-Ange-Marcel Ganne.
Médecin auxiliaire André-François-Joseph Lendrat.
Médecin sous-lieutenant Louis Tacquet.
Médecin major Lucien Chauvet.
Médecin commandant Georges Duranceau.
Médecin-lieutenant Jean Cayla.
Docteur Arille Nicolas.
Médecin lieutenant Pierre-Emile-René Joris.
Dentiste auxiliaire Paul Lazari.
Médecin commandant Paul Cabanis.
Médecin capitaine Jean-Armand Lapeyre-Ensignac.
Médecin lieutenant Georges-Jean Andorre.
Médecin commandant Pierre Didier.
Médecin capitaine Victor Robin.
Médecin auxiliaire Rolland Chartier.
Médecin commandant Simon Silberstein.

(« J. O. », 12 sept. 1945.)

Ministère de la Santé Publique

ORDRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — Commandeur. — Sir Alexander Fleming ;

Le général d'armée de Lattre de Tassigny.

Officier. — Dr Anglade, de Versailles.

Chevalier. — Dr Bezançon, de Boulogne-sur-Seine ;

Dr Fourestier, de Montreuil-sous-Bois ;

M. Heymans, externe des hôpitaux de Paris.

A titre posthume. — Chevalier. — Dr Fouassier, de Trun (Orne) ;

Dr Fribault, médecin de l'hôpital de Laigle (Orne) ;

Dr Lebosse, de Flers (Orne).

Récompenses pour actes de courage et de dévouement (Défense passive)

Médaille de vermeil. — M. le Dr Frilley (Caen).

Médaille d'argent de 1re cl., à titre posthume. — M. le Dr Léonard (Rouen).

Médaille d'argent de 1re cl. — M. le Dr Carpentier (Rouen).

Médaille de bronze. — MM. les Drs Guenneguez et Lanfry (Rouen).

Mention honorable. — M. le Dr Cambassedès (Marseille).

Lettres de félicitations. — MM. les Drs Beaugendre, Coulombe, Dijonet Henry (Rouen), M. Godefroy, pharmacien (Angers), M. le Dr Brugeas (Marseille), Mlle Rivoallen, pharmacienne (Marseille), M. le Dr Uthurbide (Biarritz).

Santé publique

Sanctions contre des médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes. — Le J. O. du 15 septembre a publié un arrêté en date du 10 septembre, pris en exécution de l'ordonnance du 18 janvier 1945, relative à l'épuration des médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes après décision des sections d'épuration des conseils régionaux des médecins. Par cet arrêté, le ministre de la Santé publique a pris des sanctions suspendant treize médecins ou chirurgiens-dentistes de Paris ou de province du droit d'exercer, et prononçant leur exclusion des fonctions universitaires,

hospitalières et administratives pour des durées variant de 1 mois à 3 ans moins un jour.

Honorariat. — L'honorariat a été conféré à M. le Dr Vieilledent, directeur régional de la Santé et de l'Assistance, en retraite.

Sanatoriums publics. — M. le Dr Amat, médecin directeur des sanatoriums publics, est mis à la disposition du préfet des Pyrénées-Orientales en qualité de médecin des dispensaires de Perpignan.

Dispensaires antituberculeux. — Un concours sur titres sera ouvert dans le courant du mois d'octobre à la Faculté de médecine de Marseille, pour la nomination d'un médecin chef des dispensaires antituberculeux et d'un médecin chef des dispensaires antituberculeux des Alpes-Maritimes. Inscriptions et renseignements, Direction régionale de la Santé, 66, rue Saint-Sébastien, Marseille.

Consultations externes des hôpitaux et hospices publics. — Par arrêté en date du 1er septembre, les frais de fonctionnement des consultations externes dans les hôpitaux et hospices publics sont fixés pour la médecine à 20 p. 100, pour la chirurgie et les spécialités à 30 p. 100 et pour la radiologie à 50 p. 100 des tarifs prévus par l'article 48 du décret provisoirement applicable du 17 avril 1943.

Pouponnières et crèches. — Le « J. O. » du 9 septembre 1945 publie deux arrêtés réglementant les pouponnières et les crèches.

Centres régionaux d'éducation sanitaire

M. le Dr Armand Benech est nommé directeur du centre de Limoges.

M. E. Chouane est nommé directeur du centre d'Angers.

Hôpitaux psychiatriques

Mme le Dr Crozet, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Breuty-la-Couronne, a été nommée médecin directeur de cet établissement, en remplacement de M. le Dr Perrussal, appelé à d'autres fonctions.

M. le Dr Régis, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique autonome d'Aix-en-Provence (B.-du-Rh.), est nommé médecin directeur de cet établissement.

M. le Dr Stoerr, médecin chef de service à l'hôpital de Lannemezan, est nommé à titre définitif médecin directeur de l'hôpital psychiatrique de Lorquin (Moselle).

Le poste de médecin chef de service de l'hôpital psychiatrique de Lannemezan (Hautes-Pyrénées), est déclaré vacant.

Adresser les demandes de candidature à la Santé publique, direction du personnel (2e bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris (17e).

Guerre

Officiers d'active placés hors cadres et mis à la disposition du commandant en chef français en Allemagne :

MM. le médecin colonel Fernand Desplats ; les médecins commandants Apperce et Wagner ; le médecin capitaine Tisserand ; le pharmacien capitaine Le Faou (Allemagne) ; le médecin capitaine Massonie (Autriche) et le médecin commandant Guérin (affaires allemandes et autrichiennes).

Service de santé. — M. Gros (C.-E.-M.), lieutenant d'artillerie démissionnaire, est nommé au grade de médecin sous-lieutenant de réserve et le même jour promu au grade de médecin lieutenant de réserve.

— Active. — Sont nommés au grade de médecin sous-lieutenant à T. T., les élèves de l'Ecole du Service de Santé : MM. Lesage, Pierre, Guillermand, Marx, Pecastaing, Royer, Distinguin, Tomari.

Service de Santé. Réserve

Sont promus au grade de médecin aspirant les médecins auxiliaires dont les noms suivent : MM. Bacquet (M. A.), Lévy (L. J.), Pédinielli (L. R.), Ribeyrol (R.), Cathala (H. P. M.), Lebrun (J. H.), Bouville (J. E.), Tamalet (J. G. P.), Recoing (P.), Poyeton (J. P.), Dionisi (G. L.), Léandri (M. R. A), Tisné (P. A. M).

Au grade de pharmacien aspirant : MM. les pharmaciens auxiliaires Cohen-Hadria, Gérard (J. P.), David (P. E. E.).

Au grade de dentiste aspirant : MM. les dentistes auxiliaires Boudin (R. E.), et Condroyer (H. A.).

Magasin général du Service de Santé

Il est créé au fort de Vanves un magasin général du Service de Santé placé sous l'autorité immédiate du ministre de la guerre.

Travail

Conseil supérieur des Assurances sociales

Sont appelés à prendre part aux séances du Conseil supérieur avec voix consultative : MM. Bazin, Degas, Grimald et le Dr Huleux.

MM. les Drs Cibrié, Drovet et Charpentier sont nommés membres de la sous-section médico-pharmaceutique de la section permanente du Conseil supérieur.

Mariage

On annonce le mariage du Dr Michel Klein, interne des hôpitaux de Paris, avec Mlle Marguerite Connen. La bénédiction nuptiale leur a été donnée dans l'intimité le lundi 30 juillet 1945, en l'église Saint-Pierre de Montrouge.

On annonce le mariage du Dr Louis Vissian, interne des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Académie de Médecine, croix de guerre (39-40), avec Mlle Louisette Liogier, chirurgien-dentiste.

Nice, 5 septembre 1945.

Renseignements

Pharmacien sinistré âgé, mais valide, demande emploi pharmaceutique dans hôpital province (centre ou midi). Ecrire à son fils, M. R. Grout, 20, rue du Mans, Chateauneuf-en-Thimerais (Eure-et-Loir).

Cession de clientèle

Poste de médecin thermal à céder dans station d'été avec ou sans établissement physiothérapique. Ecrire M. F., aux bureaux du Journal.

Poste à céder avec appartement dans ville Côte d'Azur. Ecrire Dr F., aux bureaux du Journal.

(Suite des informations, p. 321.)

CONTUSION DE L'ARTÈRE HUMÉRALE · SPASME ET THROMBOSE LE SYNDROME DE VOLKMANN (1)

Par M. le Professeur René LERICHE
de l'Académie des Sciences

L'artère humérale au niveau du coude est particulièrement vulnérable. Bridée par l'expansion aponévrotique du biceps, elle est plaquée contre le plan osseux résistant. Dans les traumatismes indirects qui atteignent le coude, qui lui imposent une brutale hyperextension, elle est exposée à une violente mise en tension qui peut la contusionner fortement. L'os sous-jacent est souvent brisé. Le fragment diaphysaire, ou l'épiphysaire, saillant en avant, refoule parfois l'artère, la coude, l'accroche, la rompt. Les manœuvres répétées de réduction peuvent également la traumatiser et la mise en flexion forcée peut la comprimer. De toute façon, il se fait alors une ischémie immédiate de l'avant-bras et de la main que complète secondairement une thrombose, non pas fatale, mais fréquente. *La contusion de l'artère humérale à ce niveau n'est qu'un cas particulier des contusions artérielles.* Elle en a les conséquences musculaires et nerveuses ; mais, comme les muscles ici gouvernent les mouvements de la main et des doigts, comme ils ont un jeu extrêmement délié et délicat, les effets de l'ischémie ont quelques caractères particuliers qui se traduisent par l'apparition d'un syndrome complexe autrefois décrit par Volkmann, dont on a longtemps obscurci la compréhension, faute de l'avoir situé dans le cadre général des phénomènes ischémiques consécutifs à la contusion artérielle et à la thrombose.

Nulle part, mieux que dans cette question, on ne voit la nécessité, dont je vous parlais il y a quelques jours, d'encadrer les maladies dans les lois de la physiologie pathologique. Pour n'avoir pas rattaché des faits en apparence particuliers à des phénomènes plus généraux, on a souvent mal interprété ce que l'on voyait.

On comprend bien, au reste, que ce syndrome ait longtemps dérouté les observateurs. Tout contribuait à lui donner une allure quelque peu mystérieuse : la façon dont il naissait et se développait, sa gravité, sa prédilection pour les jeunes enfants, son évolution. On le croyait rare, il est certainement fréquent, bien que ne se voyant qu'exceptionnellement par rapport à la fréquence des fractures du coude (4 fois sur 2.850 observations dans la statistique de Bittner), et on peut se demander maintenant comment il a pu se faire que cet état post-traumatique ait été si longtemps méconnu dans son essence étiologique ? Toujours est-il que c'est actuellement un des points les plus intéressants de la traumatologie infantile.

La question est obscure, et pour être précis, j'envisagerai le syndrome de Volkmann d'abord en lui-même, pour en venir ensuite au cas particulier de la contusion de l'artère humérale, avec le désir de clarifier un problème que j'étudie depuis quinze ans dans le cadre général de la pathologie artérielle, et sur lequel j'ai quelques idées nettes basées sur des constatations opératoires.

PRECISIONS HISTORIQUES (2)

Un point historique d'abord : En 1872, Volkmann observa une contracture sévère du mollet, après application d'une attelle postérieure pour une hydartrose du genou. Il admit que le bandage trop serré avait fait de l'ischémie musculaire.

En 1881, dans un article du *Zentralblatt für Chirurgie*, il revint sur la question et parla avec précision des paralysies et des contractures d'origine myogène, dues à l'application d'appareils trop serrés, surtout à l'avant-bras et à la main. *Elles sont dues*, disait-il, *à un arrêt trop prolongé de la circulation artérielle. La stase veineuse, souvent intense, et qui coexiste presque toujours avec elles, paraît précipiter le début de la paralysie.* La contracture, dès son apparition, oppose une résistance énorme au redressement du membre. Elle ne cède pas. Et tout effort de correction provoque deux choses : d'abord de vives douleurs, ensuite une ischémie impressionnante de la main et des doigts. Les muscles ont totalement perdu leur élasticité. Même dans les cas récents, ils sont raides, d'une rigidité cadavérique.

Volkmann ajoutait qu'une bande d'Esmarch trop serrée pouvait produire le même tableau. Et de même, disait-il, une ligature, une déchirure ou une contusion d'un gros vaisseau.

Il signalait enfin que, dans les cas où l'ischémie était très marquée et où des phénomènes alarmants faisaient rapidement supprimer l'appareil, une demi-journée suffisait pour que la main et les doigts soient en état de contracture et d'infirmité permanentes.

Dès ce moment, les caractères essentiels du syndrome étaient précisés. Malheureusement, l'accent était mis sur la notion d'appareil trop serré et on ne chercha pas plus avant.

En 1909, vingt-huit ans après la description de Volkmann dans une intéressante revue publiée par la *Gazette des Hôpitaux*, Gardner, de New-York, écrivait encore que l'on doit rejeter du cadre de Volkmann tous les cas où la notion étiologique d'appareil trop serré n'existe pas. Et en 1912, Berger, dans sa thèse, admettait aussi que « la cause déterminante de l'affection est, dans l'immense majorité des cas, l'application d'un appareil trop serré ». C'était la seule idée étiologique que l'on enseignait de mon temps, et cela paraissait dispenser d'une observation plus pénétrante.

Mais l'idée de contracture ischémique était lancée, et c'était cela qui était important.

On peut penser aujourd'hui que Volkmann et ses successeurs auraient dû cependant faire la remarque que, si la levée rapide de l'appareil incriminé ne suffisait pas à arrêter l'évolution des accidents, c'est qu'il y avait autre chose à l'origine qu'une striction extrinsèque. Il est toujours facile, à soixante ans de distance, de s'étonner qu'un premier observateur n'ait pas discerné ce qui nous paraît évident. Mais l'analyse des faits est moins simple qu'on ne croit quand on ne sait rien de ce qui les conditionne. Au reste, l'histoire même du syndrome de Volkmann suffirait à le montrer, puisque, en France, ce fut seulement en 1901 que Nové-Josserand, puis Vallas, attirèrent l'attention sur le raccourcissement isolé des fléchisseurs, syndrome alors totalement inconnu en notre pays, alors cependant que, certainement, les conditions qui le produisent devaient souvent se rencontrer.

LES LÉSIONS NERVEUSES ET LEUR ORIGINE. — Dans le même moment, en Allemagne, la question avait pris un autre tour. Bardenheuer et surtout Hildebrand avaient insisté sur la fréquence et la gravité des lésions nerveuses accompagnant la contracture de Volkmann, et déjà Hildebrand recommandait de libérer les nerfs, pour améliorer les fonctions de la main.

Il est de fait que ceux-ci sont souvent malades dans le syndrome ischémique de Volkmann. Tous ceux qui ont écrit sur ce sujet y insistent.

Thomas, dans *Annals of Surgery*, en 1909, relevait sur 106 cas :

Des troubles de la sensibilité de la main.....	34 fois
Une atrophie des petits muscles de la main..	27 »
Une paralysie des petits muscles de la main..	36 »
	97 »

Donc, 97 fois sur 106, les nerfs étaient cliniquement touchés.

Et une diminution ou l'abolition de l'excitation électrique était constatée :

Pour le faradique : 24 fois.
Pour le galvanique : 18 fois.
Il y avait une réaction de dégénérescence : 10 fois.

On avait même constaté au bras des modifications des réactions électriques, 46 fois ; diminution ou abolition de l'excitabilité :

Faradique	26 fois
Galvanique	14 »
Réaction de dégénérescence	6 »

Il était donc certain, dès cette époque, que l'atteinte nerveuse était presque constante dans une maladie que l'on disait myogène.

Au début, on y vit la conséquence d'une sclérose des espaces conjonctifs déterminée par l'ischémie.

Il est bien certain que cet englobement secondaire par la sclérose intervient pour aggraver la situation nerveuse. Mais nous savons aujourd'hui que *l'atteinte nerveuse est précoce, presque immédiate*, qu'elle existe dès les premières heures si on la cherche cliniquement et électriquement. Dès le huitième et le dixième jour, il existe déjà des réactions de dégénérescence. La question est de savoir ce qui produit le trouble nerveux. Dans certains cas, les nerfs ont été atteints directement par la bascule d'un fragment osseux. On l'a signalé et j'ai vu, pour ma part, deux fois une section complète du médian coïncider avec le syndrome de Volkmann. Mais d'ordinaire, les troncs nerveux n'ont pas été directement touchés. Aucun traumatisme n'a pu les atteindre. Et comme médian, cubital et radial sont souvent également intéressés, on est obligé de penser à un mécanisme indirect frappant, simultanément, tous les nerfs. Dans les conditions traumatiques qui sont celles du syndrome, il n'y a que l'ischémie qui soit capable d'agir, globalement et dans le même moment, sur des nerfs aussi distants les uns des autres que ceux de

(1) L'historique précis de la question est exposé en détail dans l'article de KAPPIS : Ueber die ischämische Kontraktur am Arm. *Journal international de Chirurgie*, t. III, n° 2, 1938, p. 149. Dans le même numéro, on trouvera reproduit le texte de l'article princeps de Volkmann.

(2) Cours du Collège de France.

l'avant-bras. Or, nous savons d'une part que les nerfs sont très sensibles aux diminutions du débit sanguin, et d'autre part qu'il y a dans le Volkmann, dès les premiers instants, une ischémie régionale. La conclusion s'impose. On peut ajouter qu'il est normal, dans ces conditions, que les troubles nerveux soient surtout de la main, l'ischémie atteignant les nerfs seulement à partir du tiers supérieur de l'avant-bras. Le trouble nerveux n'est pas fatal. Il peut manquer. Il peut être discret, éphémère et demeurer purement fonctionnel.

Il y a des cas où il paraît exister seul.

Ainsi dans l'observation suivante :

Observ. : *Luxation du coude, œdème considérable, impotence, anesthésie totale de la main, Volkmann secondaire.*

Mlle C..., 9 ans, m'est adressée par le professeur Bureau, de Nantes, pour un syndrome de Volkmann survenu dans les conditions suivantes :

Le 15 janvier 1943, elle est tombée dans la rue et a été conduite immédiatement au docteur Bureau qui constate une luxation du coude avec fracture du condyle externe, réduit la luxation sous anesthésie générale et immobilise la fracture, coude en flexion, dans un appareil plâtré allant de la base des doigts jusqu'au milieu du bras. Ce plâtre fut fendu sur la ligne médiane de bout en bout. Le soir même, Mlle C... repart à la campagne où habitent ses parents. Le lendemain, elle commence à souffrir d'une façon violente. Le médecin du pays, consulté, n'eut pas la présence d'esprit d'enlever l'appareil, et ce fut seulement le troisième jour que le plâtre fut supprimé. Le lendemain, M. Bureau voit la malade, constate un œdème considérable de la main, de l'avant-bras et du bras, allant jusqu'à l'épaule. Il y avait des phlyctènes sur l'avant-bras. L'impotence des doigts était complète. Il existait une anesthésie de toute la main. Le pouls radial était normal.

Au bout de trois jours, l'œdème ne diminuant pas, M. Bureau fit des infiltrations stellaires qui n'amenèrent aucun changement.

Vers le quinzième jour, s'installa une rétraction du type Volkmann que rien ne modifia, ni la radiothérapie, ni l'ionisation, ni le massage.

Je vois la malade le 12 juin, donc cinq mois après l'accident. Je constate deux choses : une contracture de Volkmann typique avec attitude en pronation que rien ne corrige. Il n'y a presque pas de mouvements actifs des doigts dans n'importe quelle position, et je constate une anesthésie totale de la main et des troubles trophiques des doigts.

L'examen électrique donne les résultats suivants (docteur Porteret) :

Avant-bras droit (face antérieure). — Comparativement à l'avant-bras gauche, présumé sain, on trouve pour les nerfs et muscles de l'avant-bras droit :

Au pli du coude :

Nerf médian : hypoexcitabilité faradique et galvanique. Comparativement au côté gauche, la secousse est lente :

Côté gauche			*Côté droit*		
CF	NF	PF	CF	NF	PF
4	4	9	7	10	12

D'une façon générale, tous les muscles innervés par ce nerf sont hypoexcitables aux deux modes du courant, ainsi :

	Côté gauche			*Côté droit*		
	CF	NF	PF	CF	NF	PF
Rond pronateur	5	4,5	5	7	10	12
Fléchisseur commun	5	4,5	5	7	10	12
Grand palmaire	5	4,5	5	7	10	12

La secousse est lente.

On note, en particulier, une hypoexcitabilité faradique beaucoup plus marquée pour :

	Côté gauche			*Côté droit*		
	CF	NF	PF	CF	NF	PF
Fléchisseur superficiel	4	2,5	4	9	10	10
Long fléchisseur du pouce.	5	4	6	10	10	10

A noter que ces deux derniers muscles se fatiguent à l'examen et ne réagissent plus aux dernières secousses provoquées.

Au poignet :

Le nerf médian montre une hypoexcitabilité faradique et galvanique très marquée :

Côté gauche			*Côté droit*		
CF	NF	PF	CF	NF	PF
5	3	4	9	12	12

A la main :

Les muscles de l'éminence thénar sont inexcitables aux deux modes de courant.

Le muscle court adducteur du pouce est très hypoexcitable et s'épuise à l'examen :

Côté gauche			*Côté droit*		
CF	NF	PF	CF	NF	PF
5	4	6	10	12	10

Les muscles lombricaux sont inexcitables.

Le nerf cubital présente également une hypoexcitabilité très marquée, comparativement au côté gauche.

Les muscles de l'éminence hypothénar sont inexcitables.

Peut-être le muscle adducteur du petit doigt, inexcitable au faradique, répond-il très lentement à l'excitation galvanique.

Je fais faire un traitement de bain chaud et de massage.

Le 20 mars 1944, le docteur Bureau me donne d'excellentes nouvelles de Mlle C... Elle est très améliorée. Les mouvements des doigts sont plus libres et plus étendus. Les ulcérations sont cicatrisées. L'œdème est moins important. La récupération complète est probable.

Que s'est-il passé dans ce cas ?

Le docteur Bureau est formel : la contracture du type Volkmann n'est apparue qu'au bout d'une quinzaine de jours, alors que le pouls radial était normal. Il est cependant probable qu'ici encore le mécanisme circulatoire a joué, car il y a eu, dès le début, un énorme œdème, des phlyctènes, donc une réaction vaso-motrice intense. L'atteinte nerveuse a sans doute été immédiate, mais le retentissement musculaire a été limité, et l'attitude caractéristique n'a été prise que secondairement, probablement par œdème plutôt que par mortification du muscle.

Les Volkmann retardés mériteraient une étude à part.

D'habitude, la symptomatologie nerveuse est immédiate et elle s'accuse dans les premiers moments, à mesure que l'ischémie s'accroît du fait de la thrombose. C'est alors que l'on observe électriquement des lésions dégénératives rappelant celles que Lapinsky a obtenues expérimentalement en ischémiant des nerfs. Elles se juxtaposent aux effets musculaires de l'ischémie et aggravent singulièrement le pronostic d'une maladie dans laquelle le trouble musculaire paraît, au premier abord, prédominant.

La physiologie pathologique rend ainsi parfaitement clair ce qui était obscur autrefois. Mais cette importance des lésions nerveuses ne signifie nullement que l'élément nerveux est la cause première du syndrome. L'erreur a été plusieurs fois commise, et tout récemment encore par Putti.

Laissons donc hors du débat les lésions nerveuses. Ce ne sont pas elles qui constituent l'élément fondamental du syndrome qui peut exister sans elles.

Cet élément fondamental, quel est-il ?

Il est certainement musculaire, comme le disait Volkmann.

Tout en parlant de paralysie et de contracture, il avait, dès 1881, précisé que la contracture était due à une « décomposition massive et rapide de la substance contractile du muscle, et aux processus réactionnels et régénérateurs consécutifs ». Il marquait ainsi que le syndrome évolue en deux temps intriqués : un de déficit musculaire et un de sclérose envahissante.

Cherchons tout d'abord à quoi correspond ce déficit musculaire qui fait l'apparente contracture. Il se traduit surtout par l'impossibilité pour les muscles fléchisseurs de s'allonger au prorata des nécessités fonctionnelles, et de permettre à la main et aux doigts d'accomplir toute leur course. La main est tombante, le poignet demi-fléchi, en position de raccourcissement maximum des tendons. Si on le redresse, les deux dernières phalanges se mettent d'elles-mêmes en flexion. On ne peut les étendre qu'en remettant le poignet en flexion palmaire. Tout se passe comme si les fléchisseurs n'étaient plus assez longs, plus assez élastiques, pour permettre aux doigts d'entraîner les tendons jusqu'à la position d'extension qui est celle de leur plus grande longueur. Cette perte pour des muscles importants de leur capacité d'allongement maximum crée l'attitude des doigts caractéristiques. Aussi est-elle rapidement devenue le symptôme majeur du syndrome qui a fait oublier quelque peu les autres. Et comme la thérapeutique s'était proposée de redonner aux fléchisseurs une longueur suffisante pour leur course, en raccourcissant la longueur du squelette, la contracture isolée des fléchisseurs a masqué les autres réalités : l'atteinte des autres muscles antérieurs de l'avant-bras, la sclérose envahissante, les troubles vaso-moteurs, et cela a faussé le sens du syndrome. Mais, en fait, le raccourcissement isolé des fléchisseurs est bien un des points nodaux du problème de la maladie de Volkmann.

Essayons de réduire la maladie à cela pour l'analyser plus facilement.

DE LA NECROSE ISCHEMIQUE

Quelle est donc la lésion primitive du muscle ? Il semble difficile, au premier abord, de se reconnaître à travers la multiplicité des lésions trouvées sur des fragments de muscles, prélevés par biopsie, à des dates et à des niveaux divers. Un fait, cependant, se dégage avec netteté du grand nombre d'examens concordants : chez les enfants atteints de contracture ischémique, on trouve dans les fléchisseurs, surtout dans le fléchisseur commun superficiel, un noyau dur, blanc grisâtre, amadou, qui n'a plus rien de l'aspect musculaire habituel. Ce noyau est mal délimité, continu avec le muscle sain.

Massart, qui l'a vu, opératoirement, y insiste beaucoup dans son rapport de 1935. Jean Berger note expressément, dans une de ses observations, que Veau a trouvé « un noyau d'une densité extrême, absolument fibreux, dans lequel il fut impossible d'isoler les différents faisceaux du fléchisseur commun des doigts ». Hallopeau signale la même chose dans un cas opéré par Gasne. J'ai trouvé personnellement cette lésion trois fois, et tout récemment encore.

A quoi correspond-elle ? Chaque fois, l'analyse histologique m'y a montré la même nécrose en foyer que nous avions constatée dans les fléchisseurs, Policard et moi, en 1920, sept jours après une ligature de l'humérale superficielle et de l'humérale profonde. Dans ces îlots de nécrose réduits, les fibres musculaires étaient mortes, comme fixées dans leur structure. A la limite des zones de nécrose, le muscle était presque normal. Dans la zone morte, disions-nous, Policard et moi, en 1930, dans notre livre de Physiologie pathologique (1), il ne peut rien se passer, car, du fait de l'absence de toute vie par le sang, aucune réaction inflammatoire n'est possible.

Pour la même raison, ces foyers ne se résorbent que lentement. Nous en avons trouvé, Policard et moi, d'à peu près intacts dans la masse saine des jumeaux, sans trace de résorption, quatre ans après une ligature de la fémorale. Par contre, à leur pourtour, il s'était fait une infiltration sur laquelle je vais revenir, et une forte réaction scléreuse que nous expliquerons.

Etant donné l'identité des caractères histologiques de ces nécroses parcellaires certainement ischémiques avec celles des fléchisseurs après contusion de l'humérale, on doit penser que l'origine de ces dernières est aussi ischémique. On peut s'étonner que l'ischémie dans un muscle puisse produire une nécrose, la circulation artérielle étant d'habitude largement anastomotique dans les muscles. Mais Soubeyran et Lenormand ont montré qu'au niveau de la partie supérieure des fléchisseurs des doigts, il y a des artérioles qui ont le caractère terminal. C'est, je crois, une règle générale de la vascularisation des muscles prenant insertion au voisinage d'une articulation de mouvement que certaines artérioles ne sont pas anastomosées ; et, d'autre part, nous savons que l'interruption de la circulation au niveau du coude ne peut guère se prolonger plus de quatre à six heures sans amener de la nécrose dans les fléchisseurs et muscles voisins.

Cette nécrose en petits foyers ne siège pas toujours au même niveau. Je l'ai vue dans la partie supérieure du fléchisseur superficiel, au voisinage de ses insertions. Massart l'indique à la partie inférieure de ce muscle près de la jonction tendineuse. J'en ai trouvé dans le rond pronateur. Peu importe. Ce sont, sans doute, ces foyers de nécrose qui, en interrompant la continuité des fibres musculaires, produisent le syndrome raccourcissement isolé des fléchisseurs et l'aspect de contracture qui caractérise la maladie de Volkmann. Et c'est probablement leur plus ou moins grand développement qui individualise chaque cas.

DE L'INFARCISSEMENT

Mais la nécrose ischémique n'est pas la seule chose anormale que l'on trouve dans les muscles du Volkmann. Il y a habituellement, autour des foyers de muscle mort, *une infiltration hémorragique, soit microscopique, soit visible à l'œil nu.* C'est un fait de physiologie pathologique générale qu'à la périphérie de tout foyer d'ischémie, il se produit un afflux de sang contro-latéral sous hyperpression, donnant lieu à une extravasation de globules rouges. C'est là le mécanisme classique de l'infarcissement.

En fait, dans le Volkmann, on a trouvé fréquemment une infiltration ecchymotique d'une partie plus ou moins étendue des muscles, avec ou sans séro-hématome. Je l'ai personnellement observé pour la première fois en 1913, retrouvé en juin 1926, puis en 1930. Aussi ai-je parlé, en 1927, de l'infarcissement musculaire autour des îlots de nécrose, comme d'une lésion caractéristique de l'ischémie musculaire, en sachant bien ce que je voulais dire par là. On m'a reproché de ne pas l'avoir prouvé, pour n'avoir pas pris la peine de recourir à mon texte. J'estime, au reste, qu'il n'y a pas besoin de preuve pour une constatation aussi facile. Le fait qu'un auteur digne de foi dit ce qu'il a vu devrait suffire pour ceux de son bord. Jorge (1) a vu, lui aussi, opératoirement, cette infiltration ecchymotique du muscle, étranglé dans sa gaine qui laissait transsuder un liquide séro-hématique qui se collecte. Mouchet y a insisté après lui et il est revenu encore sur ce thème à la Société de chirurgie, en mai 1933. Moulonguet et Sénèque en ont cité un exemple. Massart de même. Kappis, lui aussi, a trouvé l'infarcissement hémorragique : dès les premières heures d'une contracture ischémique, il a vu le muscle noirâtre. Il pense que l'infarcissement est de règle. Funck-Brentano parle de muscles « brunâtres comme des muscles de cadavres », qui ont fait hernie quand il a incisé. Boppe, de placards hémorragiques sur les muscles. Bréchot signale un hématome dans la gaine des fléchisseurs. Aurousseau, de même. Tavernier écrit : « Dès l'aponévrose incisée, les muscles épithrochléens font hernie, sous une tension extrême d'une teinte violet foncé, presque noire comme l'intestin dans une hernie étranglée. » Dechaume, qui a examiné trois pièces de Tavernier, emploie, pour deux de ces cas, l'expression d'infarcissement hémorragique du muscle. Jean Berger disait déjà, en 1912 : « La maladie de Volkmann reconnaît pour cause une infiltration sanguine dans l'épaisseur du muscle, infiltration produite soit par une petite rupture musculaire, soit par de la stase sanguine, soit par le retour brusque du sang dans un muscle ischémié. L'infarcissement est donc chose fréquente.

Quand il manque, on constate généralement de l'œdème qui en est, en fait, le premier stade. De toute façon, histologiquement, il y a, autour des îlots de nécrose, des zones d'extravasation des éléments du sang (plasma, globules blancs et parfois globules rouges), dit Leveuf, dont les coupes montrent constamment une infiltration périfocale de globules rouges.

Au fond, la seule inconnue du problème de l'infarcissement dans le Volkmann est de savoir d'où vient l'hémorragie diapédétique. Se fait-elle à travers les artérioles collatérales du territoire ischémié ou à travers les veines ? Dans les artérioles, la circulation s'inverse. Il se produit un coup d'hyperpression qui ramène le sang à contre-courant dans les vaisseaux vides, avoisinant ceux de la zone ischémiée, et c'est alors qu'il y a filtration, ainsi qu'on le voit dans les infarctus et au voisinage des gangrènes musculaires par artérite. C'est le mécanisme habituellement admis pour l'infarctus intestinal où l'on peut étudier aisément les choses.

Mais l'infarcissement peut se faire aussi à travers les veines en stase. Les recherches expérimentales de Barney Brooks, celles plus récentes de Wertheimer et Frieh, semblent prouver que l'oblitération veineuse isolée produit, chez les animaux, de la nécrose musculaire et de l'infarcissement. De toutes façons, les examens montrent de petits vaisseaux dilatés, gorgés de sang et leurs gaines distendues par une irruption de globules rouges, et Dechaume, neurologiste et anatomo-pathologiste, qui a étudié les pièces de Tavernier et de Pouzet, rapproche ce qu'il a vu de la stase invoquée actuellement comme cause des hémorragies du ramollissement cérébral, en conformité avec les idées de Ricker.

IDEES DE RICKER. THEORIE DE LEVEUF

Ricker a patiemment analysé, sur le mésentère du lapin, la langue de grenouille et la membrane interdigitale de l'aile de la chauve-souris, les phénomènes de la circulation capillaire.

Ses recherches complètent celles de Krogh sur certains points, notamment en ceci qu'il a vu l'irritation à distance produire une contraction marquée de l'artériole précapillaire suivie de stase veinulaire, source d'asphyxie et de nécrose. Quand l'artériole laisse passer encore un peu de sang, il se fait de l'extravasation sanguine.

Nous entrons ainsi plus avant dans l'intimité du jeu capillaire. Les conclusions du pathologiste de Marbourg avaient été vulgarisées en France par Schwartz, lors de la IVe Réunion plénière de la Société anatomique en 1933, et depuis on les a souvent évoquées, surtout à propos des hémorragies cérébrales. Mais il ne faut peut-être pas en exagérer l'originalité. Il y a dans l'œuvre de Ricker des faits déjà vus avant lui. Il en a complété l'étude. Un de ceux sur lequel il insiste le plus, et dont Schwartz fait sa plus grande gloire, est celui qui montre qu'une excitation portant sur une artère retentit sur la circulation capillaire à distance. Il me sera bien permis de remarquer que c'est exactement ce que j'avais vu, chez l'homme, bien avant Ricker, en pinçant l'adventice artérielle. De 1917 à 1920, j'avais montré que tout contact instrumental avec l'adventice humérale faisait s'effa-

(1) *Physiologie pathologique chirurgicale.* Chapitre : Nécrose ischémique des muscles, p. 57.

(1) JORGE : Rétraction ischémique de Volkmann. Rapport d'A. MOUCHET. *Société de Chirurgie*, 31 octobre 1935. On trouvera les autres cas cités ici, soit dans le rapport de MASSART, soit dans le numéro du *Journal international de Chirurgie* consacré au syndrome de Volkmann, t. III, n° 2, 1938.

cer les anses capillaires au niveau des doigts, et que secondairement il en résultait de la vaso-dilatation. Mais ce rappel n'a qu'un intérêt personnel et je n'insiste pas. Il n'en reste pas moins que les expériences de Ricker ont éclairci certains mécanismes de la pathologie.

Ce qui nous intéresse ici, c'est que, se basant sur les faits vus par Ricker, Leveuf a, dans ces dernières années, édifié une théorie nerveuse et capillaire du syndrome de Volkmann et l'a soutenue avec grand talent. Rejetant l'ischémie brutale que produit fatalement la contusion de l'artère humérale en faisant contracter l'artère, comme le font tous les chocs artériels, il ne veut voir dans la nécrose musculaire que l'effet sur la circulation capillaire d'une excitation périartérielle à distance. Pour lui, tout n'est que spasme artériolaire, stase veinulaire, asphyxie, nécrose et exsudation. La maladie serait en somme sympathique. Déjà, Trocello et Denucé avaient fait jouer dans le Volkmann un rôle prédominant au sympathique, qu'à l'époque j'avais personnellement critiqué. Qu'il y ait au cours du syndrome ischémique des réflexes artério-artériolaires partant de la paroi artérielle contuse, et effacement capillaire, c'est bien certain et c'est dans l'ordre de ce que je vous expose ici depuis trois ans. Mais que ce soit cela seul qui explique une ischémie régionale qui s'étend jusqu'au bout des doigts et fait disparaître le pouls, alors que nous avons sous les yeux le phénomène grossier de l'arrêt du sang dans l'humérale dont les conséquences sont identiques, cela me paraît compliquer inutilement les choses.

L'artère humérale n'échappe pas aux règles de la physiologie pathologique circulatoire et le Volkmann, avec des singularités de détail dues à l'importance de jeu de la main, n'est qu'un cas particulier de ce que fait l'ischémie par contusion artérielle. Il évolue dans le cadre de ce qui se passe en toute région à la suite de l'oblitération brusque d'une artère.

Je me résume : les muscles de l'avant-bras, dans le syndrome de Volkmann, présentent deux sortes de lésions dont la seconde est la conséquence de la première. Il y a tout d'abord une nécrose en foyers, relevant d'une ischémie totale, ou de la stase veineuse consécutive, et en second lieu, dans un grand nombre de cas, une hémorragie diapédétique, plus ou moins abondante, parfois légère, due soit au retour du sang à contre-courant par les voies collatérales, soit à la stase veineuse.

En somme, tout est là conforme aux lois de la physiologie pathologique des artères telles que je vous les ai décrites l'an dernier. Le syndrome de Volkmann est dans l'ordre général des faits d'ischémie par contusion.

Il nous reste à déterminer les causes de cette ischémie.

FACTEURS ETIOLOGIQUES DU SYNDROME DE VOLKMANN

RÔLE DE L'APPAREIL TROP SERRÉ

En 1881, Volkmann avait indiqué que des facteurs multiples pouvaient être la cause des manifestations ischémiques qu'il analysait. Il avait raison. L'étiologie des troubles ischémiques qui portent son nom n'est certainement pas unique. Pendant longtemps, on n'a voulu retenir de la description de Volkmann que l'application d'appareils trop serrés, attelles ou plâtres. Et c'est ainsi que la maladie fut enseignée aux hommes de ma génération.

Cependant, en 1906, sur 56 malades, Hildebrandt ne trouvait que 26 fois l'application d'une attelle à l'origine du syndrome. Meyerding, sur 128 malades de la Clinique Mayo, n'en compte que 70, 25 fois un plâtre, 10 fois un simple bandage.

Le bandage serré, trop serré, quel qu'il soit, est-il vraiment efficient ? Certainement oui, parfois. Il y a de nombreuses observations où le syndrome a paru débuter immédiatement après la mise en plâtre, où l'empreinte de certains tours de bande était marquée sur la peau et profondément sur les muscles. Que se passe-t-il alors ? On ne comprend pas très bien, au premier abord, l'action isolée du bandage ou du plâtre. L'artère humérale n'est pas sous la peau. Une compression circulaire chasse les muscles devant elle. Agit-elle sur les artères musculaires plutôt que sur le tronc artériel ? C'est très possible. Je sais bien qu'il y a quelques observations où le syndrome de Volkmann a succédé à l'application d'une bande d'Esmarch. Mais l'éventualité en est rarissime et les bandes plâtrées ne sont pas d'habitude serrées, comme l'est une bande de caoutchouc. Le bandage trop serré ne serait-il qu'une cause occasionnelle, complétant l'effet d'un traumatisme artériel, aggravant l'ischémie ou aidant à sa révélation ?

Ce qui tendrait à le prouver, c'est qu'il y a des Volkmann consécutifs à des traumatismes qui n'ont pas été appareillés, où l'on s'est borné à une simple application de compresses. Le fait est classique. Récemment, Kappis en citait trois nouveaux exemples dus à divers chirurgiens allemands, et Leveuf vient d'en rapporter un autre. Dans ces conditions, on voit mal comment peut se réaliser l'ischémie. Si l'on veut bien se souvenir que c'est ce qui fut observé initialement par Volkmann lui-même, il est bien difficile de dire qu'il ne s'agissait pas alors de vrais Volkmann.

Qu'il y ait des griffes de la main d'un type spécial, dues à des lésions associées du médian et du cubital après certaines compressions de l'avant-bras, c'est certain. On l'a signalé maintes fois et Leveuf a eu raison d'attirer récemment l'attention à nouveau sur ces faits (1). Peut-être aussi y en a-t-il qui sont dus à un simple œdème traumatique des fléchisseurs, après piqûre, mais sans lésion nerveuse, comme dans un cas que j'ai rapporté en 1929, et comme dans l'observation récente de Boudreaux (2).

Mais je ne crois pas que cela soit suffisant pour annuler tant d'observations où des orthopédistes de qualité, et Volkmann lui-même, ont vu la contracture ischémique succéder à un simple appareillage. Il y a peu de temps encore, Tavernier, Dechaume et Pouzet en rapportaient un exemple. Peut-être la compression ne s'exerce-t-elle que sur les vaisseaux de la peau et des muscles. On sait qu'une pression de 50 à 60 centimètres de mercure suffit à produire le collapsus artériolaire. Il est possible que ce soit suffisant pour amener des troubles graves de la circulation et conduire à la nécrose. Mais je n'ai rien vu de tel et, pour ma part, il me semble plus vraisemblable d'admettre, provisoirement, un spasme de l'humérale par traumatisme indirect, comme ceux dont je parlerai plus loin. Chez les enfants, il faut peu de chose pour qu'une artère entre en contracture. Dans la sympathectomie périartérielle, chez eux, on voit souvent l'artère devenir filiforme dès qu'on touche à la gaine commune des vaisseaux, avant même que soit abordé l'adventice. Mais c'est là pure hypothèse, et je laisse en suspens une question non élucidée qui, désormais, doit être étudiée à part.

RÔLE DES FRACTURES

Le plus souvent, au reste, c'est une fracture qui est l'occasion du plâtre ou de l'appareillage, et l'on peut se demander si ce n'est pas un fragment de l'os fracturé qui est venu blesser l'artère. Parfois, sans doute, il en est ainsi, mais il y a un fait qui empêche de considérer cela comme la règle : certaines statistiques, comme celles de Froehlich (1935), montrent que la fracture qui accompagne le syndrome de Volkmann est le plus souvent (sur 17 cas) une fracture des os de l'avant-bras. Dans ces conditions, l'artère ne peut être blessée du fait de la fracture. Dans les fractures sus-condyliennes de l'humérus, il en va tout autrement d'habitude, le fragment diaphysaire, parfois l'épiphysaire, vient pointer en avant se portant au contact de l'artère humérale. Chose curieuse : jusqu'à une époque toute récente, on ne s'est guère avisé du rôle possible de ce fragment comme agent traumatisant de l'artère. En 1920, la question du Volkmann fut discutée au *Congrès français d'Orthopédie*. Ni le rapporteur Denucé, ni les chirurgiens qui prirent la parole, ne firent la moindre allusion à l'atteinte de l'artère humérale par un fragment osseux.

De même, dans les années qui suivirent, jusqu'au moment où j'apportai à la Société de Chirurgie une observation de rupture sèche de l'artère humérale après fracture sus-condylienne, en rattachant à cette rupture l'apparition de la contracture ischémique que présentait la fillette observée. La résection des deux moignons artériels thrombosés ayant été suivie d'une rapide disparition des symptômes, il m'avait paru, en conformité avec d'autres faits, que j'étudiais alors, que la brusque interruption de la circulation humérale avait supprimé l'arrivée du sang dans quelques-uns des rameaux se distribuant aux fléchisseurs, d'où l'ischémie, secondairement accrue par le jeu des réflexes vaso-constricteurs que produit toute lésion artérielle oblitérative. J'en avais conclu qu'*il fallait étudier systématiquement l'état de l'artère humérale dès l'apparition du syndrome de Volkmann et intervenir immédiatement sur elle, s'il y avait à son niveau quelque chose d'anormal.* C'est ce que j'ai exposé, en 1927, dans un rapport au Congrès français de Chirurgie, et ultérieurement dans le livre de Physiologie pathologique chirurgicale que j'ai publié en 1930, avec Policard, *rattachant de façon formelle l'ischémie du Volkmann à la contusion artérielle.*

Cette observation, qui mettait clairement en lumière le mécanisme de l'ischémie, dont certains syndromes de Volkmann, eut un effet catalyseur, probablement parce qu'elle posait le principe de l'intervention immédiate sur l'artère dans les fractures sus-condyliennes compliquées d'ischémie. De nombreuses observations furent rapidement publiées, montrant la séquence : contusion, spasme, rupture ou thrombose de l'artère humérale et syndrome de Volkmann.

Il sembla bientôt que ce fut là la grande cause des contrac-

(1) LEVEUF : Les griffes de la main consécutives à la contusion de l'avant-bras par un appareil plâtré. *Académie de Chirurgie*, 5 novembre 1941.

(2) BOUDREAUX : Griffes de la main consécutives à une compression violente des muscles longs fléchisseurs. Rapport de PETIT-DUTAILLIS. *Académie de Chirurgie*, 11 février 1942.

tures ischémiques, alors qu'avant personne n'en parlait. En 1937, Leveuf, allant plus loin, en fit le substratum régulier du syndrome, identifiant contusion de l'artère et rétraction ischémique. Je ne pense pas qu'on puisse aller jusque-là. Car il existe des observations indiscutables de contracture du type Volkmann, je veux dire ischémiques, après des fractures du bec de la coronoïde, de la tête du radius et, surtout, de l'avant-bras. On en a même vu après des traumatismes du poignet avec ou sans fracture.

Mais comme les cas consécutifs à une contusion de l'humérale sont les plus habituels et les plus simples, je crois que ce sont eux qu'il faut analyser tout d'abord.

L'artère humérale est chassée en avant par le biseau du fragment diaphysaire auquel elle reste parfois accrochée. L'aponévrose antérieure résistante la plaque contre l'os. Elle est vide. Elle ne bat pas. Le sang n'y passe pas. Parfois sa gaine est infiltrée de sang, épaissie. Si on ne la dégage pas rapidement, elle se thrombose. Elle est quelquefois rompue. C'est l'histoire connue des contusions artérielles. De toute façon, la circulation est interrompue dans le segment terminal de l'artère, même quand il n'y a que ce spasme vu par plusieurs opérateurs. Que se passe-t-il alors ? Suivant la loi que nous connaissons, le sang revient par le plus court chemin dans le tronc principal. Par la collatérale interne inférieure en amont de l'obstacle, par celle que les Anglais appellent avec Quain « anastomotic artery », il arrive dans les récurrentes cubitales antérieures et par là dans le bout inférieur de l'humérale.

D'autre part, un rameau de l'humérale profonde amène aussi du sang dans la récurrente radiale antérieure. Par la radiale, il est ainsi conduit à contre-courant dans le tronc principal au-dessous de l'oblitération. Les deux branches de bifurcation de l'humérale se trouvent ainsi remplies.

Ce mode de rétablissement du courant sanguin que j'ai décrit en 1920 (1), d'après des constatations opératoires chez des ligaturés de l'humérale, a été retrouvé dans le Volkmann par Reynaldo dos Santos, par Picot et par Leveuf.

Le moignon sous-jacent à la contusion est ainsi rempli, généralement à contre-courant. Il bat. La radiale et la cubitale paraissent pleines de sang. Si l'on fait alors une artériographie par l'humérale, la circulation de l'avant-bras paraît normale sur le film. On ne voit qu'une minime interruption sur le trajet de l'humérale. Ailleurs, le dessin artériel est intact. Mais, *on aurait tort d'en conclure que l'apport sanguin à l'avant-bras n'est pas déficitaire.* Le sang, qui a épuisé une partie de son impulsion systolique pour forcer les anastomoses en sens inverse du cours normal à travers les fines branches collatérales de la radiale et de la cubitale, manque de force. Le pouls n'existe habituellement pas. Les oscillations sont faibles ou nulles. La quantité de sang arrivant à la périphérie est réduite, insuffisante, d'où les phénomènes ischémiques et les troubles trophiques habituels. Il y en a juste assez pour qu'il n'y ait pas de gangrène des doigts et celle du bout des phalanges n'est pas toujours évitée.

La symptomatologie doit servir à corriger les impressions optimistes données par une mauvaise lecture des films artériographiques. Tous les films artériographiques doivent être étudiés à la lumière des lois du rétablissement circulatoire après oblitération. C'est au bout des doigts et des orteils, c'est sur les ongles que s'apprécie l'insuffisance circulatoire et non sur un cliché. Le remplissage par une substance de contraste des voies perméables sous-jacentes à une oblitération, ne signifie pas circulation normale, bien qu'il soit la condition nécessaire d'une circulation juste suffisante.

Parfois, les films montrent des artères filiformes. Reynaldo dos Santos le signale expressément dans son livre. J'en ai vu personnellement un exemple.

On ne peut donc pas dire que, dans le Volkmann, la circulation est parfaitement rétablie au-dessous du spasme ou de l'oblitération, consécutifs à une contusion ou une thrombose de l'humérale.

Chose surprenante, on s'est refusé à admettre ce rôle prédominant de l'insuffisance circulatoire parce que les résections étendues de l'humérale thrombosée ne donnent pas naissance au syndrome de Volkmann. On a paru ignorer que la résection d'une artère thrombosée ne peut en rien augmenter le déficit circulatoire produit par une oblitération artérielle, et que, par contre, elle est habituellement suivie d'une vaso-dilatation périphérique active, par suppression des réflexes vaso-constrictifs, partis de la paroi. On a objecté de même que les ligatures humérales ne donnent pas toutes naissance à de la contracture ischémique. Ne savons-nous pas que les conditions physiologiques d'une ligature ne sont pas toujours les mêmes, que certaines n'amènent pas grand trouble, alors que d'autres, au même niveau, produisent immédiatement une gangrène ? Dans toute ligature ou oblitération, il y a une marge énorme de tolérance, variable suivant les individus. Ne savons-nous pas qu'il faut tenir compte, dans chaque cas particulier, de la hauteur de l'oblitération, de son siège par rapport aux collatérales, de son étendue, de l'état des veines, du spasme surajouté, ou non, dans le réseau collatéral ?

En fait, on a vu plusieurs fois le syndrome de Volkmann succéder à une ligature de l'axillaire ou du tronc commun de l'humérale, comme on a vu du raccourcissement des jumeaux par nécrose focale après ligature de la fémorale ou de la poplitée.

J'en ai moi-même recueilli un exemple en 1917, et je vous ai rapporté cette observation il y a deux ans, en étudiant les résultats éloignés des ligatures. Picot a cité le cas suivant : fracture de l'humérus, attrition du médian, paralysie de ce nerf, hémorragie secondaire, ligature de l'axillaire, syndrome de Volkmann.

En somme, *tout, dans le Volkmann, est conforme à la loi du rétablissement circulatoire après interruption limitée d'une artère.* Il n'y a pas gangrène massive, parce que la circulation se rétablit dans la voie principale ; mais il y a nécrose localisée des muscles et ischémie des nerfs de l'avant-bras, parce que, quantitativement, il n'y a plus assez de sang en certaines régions proches du coude. L'impotence musculaire d'emblée totale en certains cas, l'œdème, la cyanose, l'anesthésie ou l'hypoesthésie, sont les signes visibles de cette insuffisance circulatoire que traduit aussi l'absence du pouls radial avec réduction des oscillations.

Un dernier mot sur l'artériographie : les substances de contraste, injectées dans une artère, ne passent pas dans les veines avec la vitesse normale quand il y a oblitération. Il leur faut plus de 20 à 25 secondes, mais elles traversent toujours le réseau des capillaires. Si l'on prend un cliché au bout de deux minutes, il ne reste plus trace dans le membre du produit injecté. Il ne semble pas que la lecture d'un film puisse permettre de dire qu'il y a contracture des capillaires, comme l'a cru Leveuf. Dans la contusion humérale, le réseau capillaire est certainement franchissable et il est franchi.

Je crois donc, pour me résumer, que *le syndrome ischémique de Volkmann, dans les circonstances précisées de la contusion de l'artère humérale, n'est qu'un cas particulier, chez les enfants, de ces gangrènes parcellaires que produisent assez souvent les ligatures et les oblitérations*, aggravées par les réflexes vaso-constrictifs artério-artériels qui partent de toute artère contusionnée ou thrombosée et qui ferment les voies de rétablissement du courant sanguin (1).

Car, après les contusions de l'artère humérale dans les fractures supra-condyliennes, la thrombose est presque fatale si la réduction n'est pas immédiate, et même quand l'intervention a montré l'artère perméable, même quand elle s'est remise à battre après réduction de la fracture, il n'est pas rare que secondairement elle se thrombose. J'ai vu cette évolution vers la thrombose dans un cas que je rapporterai plus loin. J'avais conseillé à Stulz que j'aidais de ne pas réséquer une artère apparemment intacte, bien que paraissant prête à se rompre lors de l'intervention, moins de 24 heures après l'accident. Deux jours après, elle était oblitérée. Comme toute thrombose, celle-ci a été progressive. Il aurait peut-être mieux valu la réséquer. La résection artérielle donne ici, parfois d'étonnants résultats.

ENSEIGNEMENTS DE L'ARTERIECTOMIE

Evidemment, il y a des circonstances où le résultat est nul et où la situation n'est pas améliorée. J'en ai moi-même publié le premier exemple, comme j'avais publié le premier succès. Les opposants par principe ont retenu l'un et oublié l'autre, avec un manque, partisan, d'objectivité. Depuis, il y en a eu d'autres : Leveuf, Salmon, Perrot, en ont fait connaître. La cause en est à chercher. Pour le moment, je ne la connais pas.

Mais ces faits négatifs ne doivent pas faire oublier les effets surprenants de l'artériectomie, qui ont été nombreux depuis le cas princeps que j'ai rapporté en 1928 (2).

Dans cette observation, chez une fillette de 6 ans, un syndrome de Volkmann, consécutif à une fracture sus-condylienne qui avait nécessité six essais de réduction, était au complet quand, au quinzième jour, le docteur Hallez, de Liége, sortit l'avant-bras du plâtre. Pendant quatre mois, rien n'avait réussi à améliorer la situation. Hallez, remarquant l'absence d'oscillations, songea à une lésion artérielle et m'adressa la malade, cinq

---

(1) Quelques déductions thérapeutiques basées sur la physiologie pathologique de la circulation sanguine dans le membre supérieur après ligature de l'artère humérale. *Lyon chirurgical*, mars 1920, p. 250.

(1) A propos d'un échec de la sympathectomie périhumérale et d'une artériectomie dans un syndrome de Volkmann, amélioré ultérieurement par désinsertion des fléchisseurs. *Société de Chirurgie.*

(2) Traitement précoce du syndrome ischémique de Volkmann par la résection artérielle dans le cas de blessure ou de rupture de l'humérale. *Société nationale de Chirurgie*, 13 mai 1933, p. 746.

mois après l'accident. Le syndrome était alors typique. Mais il n'y avait aucun signe d'atteinte nerveuse. Tous les mouvements des doigts étaient spontanément possibles jusqu'à la limite des arrêts mécaniques. La sensibilité était intacte. On notait des troubles trophiques des ongles. La main était atrophiée dans son ensemble. Elle était froide et cyanosée. Le pouls radial et le pouls cubital étaient imperceptibles. Il n'y avait pas de battements artériels dans le pli du coude.

J'intervins le 6 janvier 1927. Le nerf médian était enserré dans une gangue fibreuse de 1 centimètre de large. Il fut dégagé. Dans le même bloc fibreux, sus-jacente à un bec osseux, l'artère était étouffée et interrompue. Je ne retrouvai son bout supérieur que sur le bord supérieur de l'expansion aponévrotique du biceps. L'écart entre les deux fragments était de 1 à 2 centimètres. Je réséquai les deux moignons fibreux. Dès le lendemain, les mouvements des doigts étaient plus aisés. La main était chaude et n'était plus cyanosée. Au quatrième jour, la flexion du poignet pouvait être portée jusqu'à 10 degrés sans que le léger fléchissement de doigts s'accuse. Les phalanges pouvaient être étendues sans résistance lorsque le poignet était fléchi à 20 degrés. L'amélioration était d'au moins 15 %.

Le 15 janvier, donc au neuvième jour, l'amélioration était très grande ; les ongles avaient déjà fait une poussée remarquable. Quatre mois plus tard, l'enfant fut revue, pratiquement guérie. Seul, l'index restait encore dans une légère flexion quand on étendait le poignet. Au septième mois, il y avait encore de nouveaux progrès. L'enfant put reprendre ses études de piano, entrer peu après ou Conservatoire de Liége, et j'ai appris, en 1940, c'est-à-dire treize ans plus tard, que la guérison était complète (1).

Depuis lors, de nombreuses observations ont paru qui confirment ce que j'avais observé. Au Congrès d'Orthopédie de 1935, après le beau rapport de Massart, Lance en a publié deux. Aurousseau en a donné un autre où la résection d'une artère filiforme fut suivie de la récupération complète des mouvements de la main et des doigts, avec retour ultérieur de la pulsation radiale. Et Picot fait remarquer que, dans ce cas, « le syndrome a disparu rapidement, malgré la persistance des troubles au niveau du médian ». Funck-Brentano, après une artériectomie, note dès le lendemain « une transformation considérable ». Un mois plus tard, la sensibilité était parfaitement revenue, bien qu'il y eut une réaction de dégénérescence dans le territoire des trois nerfs. Mathieu a de même publié un cas où, quatre mois après la fracture, l'artériectomie donna un résultat satisfaisant. Roederer et Récamier, après une artériectomie tardive, ont vu eux aussi les mouvements volontaires redevenir faciles. Mais, dans ce cas, il y eut récidive. Il aurait probablement fallu entretenir le résultat par des infiltrations stellaires. Walhard et Perrot, de Genève, insistent sur l'influence particulièrement heureuse de la résection artérielle précoce dans le cas qu'ils apportent. Patel signale, après une artériectomie, une rapide guérison. Carcassonne de même. Pampari publie, en 1936, un cas intéressant et complexe où l'artériectomie eut un effet probant.

A ces cas, je pourrai joindre l'observation d'une fillette de 6 ans que j'ai actuellement en traitement. Deux mois après la libération d'une humérale spasmée et rompue prise dans un bloc de sclérose, et la résection d'un névrome du médian, l'enfant est en pleine voie de récupération des mouvements de la main.

Je voudrais terminer cette longue énumération par le résumé d'une récente observation que Martin du Pan a publiée, dans la *Revue de la Suisse normande*, à la fin de l'hiver 1939 :

OBSERV. : *Syndrome de Volkmann. Guérison après artériectomie.*

Un enfant de 6 ans se présente, avec une fracture sus-condylienne, le 19 avril 1939. Elle est réduite sous narcose et l'avant-bras immobilisé en flexion à angle droit. Dès le lendemain : œdème. Pouls non perceptible. Au bout de quinze jours, griffe de Volkmann. Le 13 mai, donc au vingt-cinquième jour, découverte de l'humérale qui ne bat que jusqu'à 5 centimètres du pli du coude et pas au-dessous. Elle n'est pas déchirée, mais contusionnée par la pointe diaphysaire. Martin du Pan la résèque sur 4 centimètres. Le lendemain, la phalangette du médius, celle de l'annulaire, sont encore un peu cyanosées. Les doigts peuvent être étendus passivement, sans résistance, mais non encore activement. Le 15 mai, la main est chaude. Les doigts sont plus souples. La face antéro-supérieure n'est plus douloureuse. Le 5 juin, les troubles trophiques ont disparu. Les mouvements sont meilleurs. Le 17 juillet, l'extension des doigts est complète, sauf pour la phalangette de l'index. L'opposition du pouce et de l'auriculaire est possible. Il n'y a plus de gêne dans les mouvements. Ils sont normaux.

Histologiquement, la tunique interne de l'artère était fissurée jusqu'à l'élastique. Il y avait une infiltration ecchymotique de la paroi et une thrombose.

Ce cas rejoint l'observation personnelle que j'ai rapportée tout à l'heure, et Martin du Pan conclut à l'utilité d'une intervention immédiate aux fins d'artériectomie.

Etant donné tous ces résultats positifs qu'aucun mode de traitement n'a donnés jusqu'ici, il importe de bien comprendre ce que l'on peut demander à cette opération. Il ne faut pas en attendre des miracles constants puisque, habituellement, il y a dans le Volkmann des lésions graves des muscles et des nerfs, contre lesquelles un changement du régime circulatoire ne peut rien immédiatement. Mais l'artériectomie peut, dans certains cas, faire disparaître instantanément les troubles vaso-moteurs et trophiques périphériques engendrés par les réflexes vaso-constrictifs partant de la paroi traumatisée et thrombosée, qui créent la cyanose, le refroidissement, la parésie musculaire, l'hypoesthésie, l'œdème, la stase veineuse intramusculaire et secondairement, elle peut modifier les troubles circulatoires périfocaux, atténuer les effets de l'hémorragie diapédétique, en en hâtant la résorption. Elle peut prévenir l'installation d'une sclérose partant du foyer traumatique et diffusant dans toute la zone ischémique, c'est-à-dire à l'avant-bras. Elle peut modifier rapidement les simples troubles de la conductibilité nerveuse et l'œdème intranévrilemmatique. Sur les lésions anatomiques, son action ne peut être que lente et progressive. De toutes façons, il vaut certainement mieux, pour des nerfs dont on escompte une réparation, que la circulation de l'avant-bras soit à un régime plus actif que l'insuffisant débit de stase où les tissus sont baignés de sang désoxygéné. Les quelques chirurgiens qui se sont élevés contre l'artériectomie dans le Volkmann n'ont pas compris *qu'elle visait la lésion artérielle et ses conséquences, en vertu d'un principe général qui a transformé la thérapeutique des oblitérations artérielles* et que l'on peut formuler ainsi : l'artériectomie est toujours indiquée au titre de la contusion artérielle et de la thrombose, dont, en tous lieux, elle est le véritable traitement.

Au reste, les faits sont là. Les observations publiées montrent que :

1° Toutes les fois qu'il n'y avait pas de lésions nerveuses irrémédiables quand il n'existait que des troubles fonctionnels de conduction, la récupération a suivi immédiatement et rapidement l'opération artérielle ;

2° Quand il y avait des troubles trophiques, ils ont disparu de suite ;

3° Quand il y avait des lésions nerveuses anatomiques, la réaction vaso-dilatatrice a amélioré les conditions de la récupération nerveuse.

(A suivre.)

(1) Au mois de juin 1945, au bout de 18 ans, j'ai eu l'occasion de réexaminer mon ancienne opérée qui est pianiste et n'a gardé de son accident qu'une limitation de l'extension de l'index.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

3 juillet. — M. MOUZON. — La polynucléose sanguine des cirrhotiques.

M. CAILLAVET. — Sur les donneurs de sang.

M. BEN SADOUN. — Des intoxications par le tétrachlorure de carbone.

M. JUD. — De la lutte contre l'alcoolisme dans les pays scandinaves.

M. LE HIR. — Sur la tuberculose pulmonaire rurale.

M. TORRE. — De la résection trans-urétrale.

M. CHARIÉ. — Des bandes ventriculaires.

M. DE TORA. — Les diverticules dits épiphréniques de l'œsophage.

M. LIVERY. — Etude audiométrique de la surdité professionnelle.

M. BOYER. — De la forme pseudo-emphysémateuse de l'asthme.

M. BUET. — De la goutte.

M. DEJEAN. — De l'épreuve du travail.

M. DURAND. — Traitement des artérites.

M. JEAN-LOUIS. — La délivrance artificielle.

M. PFEIFFER. — Des volvulus de l'intestin grêle.

M. CANEL. — Contribution à l'étude radiologique de la cavité cervicale de l'utérus.

M. BERIN. — Esthétique et schizophrénie.

M. AURIAT. — Alcool benzilique.

M. GHEZZI. — La gastrite boutonneuse.

M. KLOTZ. — Des ostéo-arthropathies trophiques.

4 juillet. — M. CORIAT. — De la pénicilline.

M. NOSNY. — La fièvre jaune.

M. JURET. — De la prophylaxie de la diphtérie en milieux civil et militaire.

M. DONNARS. — De la pathogénie des incidents d'étranglement au cours des combats de jiu-jitsu.

M. PESLE. — L'enfance délinquante vue d'un centre de triage.

(A suivre.)

ACTUALITÉS

DISCOURS PRONONCÉ A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE Le 4 septembre 1945

Par le professeur Léon BINET (1)
de l'Académie des Sciences

Sir Alexander Fleming,
Messieurs les Ministres,
Monsieur l'Ambassadeur,
Mesdames, Messieurs,

La Grande-Bretagne ne s'est pas contentée, toutes ces dernières années, d'effectuer un prodigieux effort pour étendre et perfectionner son armement sur terre, sur mer et dans les airs, elle a encore travaillé intensément en vue de donner une énorme impulsion à la recherche scientifique. Aujourd'hui elle est doublement fière, fière d'abord d'avoir très largement contribué par ses armes à la victoire finale, fière aussi d'avoir réalisé une étonnante découverte médicale, celle de la pénicilline. Le mérite en revient à sir Alexander Fleming, que nous avons l'honneur et la joie d'avoir aujourd'hui au sein de notre compagnie.

Tous les biologistes savent, pour les avoir suivies avec intérêt, les patientes recherches de ce savant dans le domaine de la physiologie microbienne : les travaux du professeur Fleming sur les antiseptiques — synthétiques et naturels — sont connus du monde physiologique tout entier. Faut-il rappeler ses originales recherches sur le pouvoir antibactérien du blanc d'œuf, sur le pouvoir antibactérien de différents liquides organiques, comme les larmes ou le mucus nasal.

C'est au cours de ses minutieuses recherches sur les staphylocoques, en 1928, à l'hôpital Sainte-Marie, de Londres, que sir Alexander Fleming fit cette expérience fondamentale devenue classique et qui passera définitivement dans l'histoire.

Une culture de staphylocoques s'est trouvée contaminée par une moisissure provenant de l'atmosphère du laboratoire.

Au lieu de jeter cette préparation, notre savant la retient, l'examine, l'étudie, l'analyse et remarque qu'au voisinage de la colonie de moisissures, les staphylocoques disparaissent.

C'est une bataille de la moisissure et du staphylocoque, dans laquelle la première semble solidement armée. Comment expliquer pareil antagonisme ?

On cultive la moisissure : c'est le *Penicillium notatum* qui pousse parfaitement vers 26° sur bouillon et met en liberté une substance antibactérienne, antimicrobienne, qui va recevoir le nom de « pénicilline ».

La puissance de cet agent est considérable puisqu'un liquide de culture arrête le développement de certains microbes, même quand il est dilué 800 fois ; il est deux à trois fois aussi fort qu'une solution pure d'acide phénique.

Il arrête le développement du staphylocoque, du streptocoque, du gonocoque, du méningocoque, du pneumocoque, du bacille diphtérique.

Pour illustrer cette action, on trace, enseigne le professeur Fleming, sur un milieu de gélose, un sillon pénicillé ; puis on ensemence perpendiculairement à ce sillon, et en traînées, du staphylocoque, du streptocoque, du gonocoque, du pneumocoque, du méningocoque. La lyse se produit pour ces divers microbes au contact de la rigole imprégnée de pénicilline. Par contre, le colibacille et le bacille de l'influenza résistent.

Puissant, ce bouilon n'est pas toxique, pas plus toxique qu'un bouillon neuf, sans culture et, en 1929, sir Alexander Fleming va écrire : « Cela pourrait être un antiseptique efficace que l'on appliquerait ou injecterait dans des régions infectées par les microbes qui lui sont sensibles... » et en 1931, dans un article sur l'utilisation des antiseptiques, il ajoute : « Il est très probable que cette substance, ou un produit chimique de même nature, pourra être utilisée dans le traitement des plaies septiques. »

Quelle merveilleuse histoire !... Quelle étonnante découverte... qui va nous conduire à méditer.

Ne prononçons pas le mot de hasard. Pasteur nous a appris que le hasard ne favorisait que les esprits préparés... Les savants de qualité retiennent les expériences que les travailleurs ordinaires ne remarquent pas et négligent rapidement.

Désormais, grâce au professeur Fleming on va définitivement reconnaître un antagonisme microbien. On va aborder dès lors la notion du pouvoir antibiotique des bactéries : beaucoup d'auteurs utilisent le mot d'inhibition et les physiologistes retiennent volontiers ce mot parce que, peut-être, il a été mis en honneur par Brown Séquard, professeur au Collège de France qui était, on le sait, Américain du Nord par son père, Britannique par son pays natal et Français par sa mère : il restera le modèle du savant qui sut établir une étroite et affectueuse liaison entre ces pays amis, la Grande-Bretagne, les Etats-Unis d'Amérique et la France. Et sur cette inhibition, il y aurait beaucoup à dire : dès 1877, Louis Pasteur ne découvrait-il pas que la bactéridie charbonneuse ne se développe pas ou très peu et même point si elle est associée à une bactérie commune ? Et je suis amené à rendre hommage à mon regretté ami Fortineau, qui n'a cessé de souligner le pouvoir antagoniste du bacille pyocyanique et de la bactéridie charbonneuse. En son nom, M. Emile Roux a rapporté à l'Académie des Sciences ces expériences réalisées à Nantes en 1908 et 1910 et dans lesquelles on note la survie du mouton qui est injecté d'une dose mortelle de bactéridie charbonneuse et aussi de 10 cmc. de bouillon où a poussé le bacille pyocyanique filtré et chauffé à 70°. Des essais réalisés sur l'homme ont démontré l'utilité pratique d'un tel raisonnement.

Comme tout cela est lumineux avec les magnifiques travaux de Fleming !...

Vous savez tous la suite des travaux poursuivis en Angleterre après les expériences fondamentales de sir Alexander Fleming. L'école d'Oxford, en 1939 et en 1940, grâce à Florey et à Chain, étudie dans ses détails les problèmes portant sur la purification, le dosage, l'élimination, le mode d'action et les applications à l'homme de la pénicilline.

Puis, c'est aux Etats-Unis la production industrielle de ce précieux médicament, dans des usines ressemblant d'une manière frappante aux usines de caoutchouc synthétique ou aux raffineries de pétrole.

Enfin en 1944, sur le sol de France, tombent du ciel, par parachutes, à la fois des armes et des munitions pour libérer le pays, des flacons de pénicilline pour sauver les blessés.

Pourrions-nous aujourd'hui, ensemble, jeter un regard sur les efforts français poursuivis sur les problèmes de la pénicilline, afin de montrer que par le cœur et par l'esprit, la France est avec la Grande-Bretagne ?

Durant l'occupation allemande, l'Institut Pasteur, sous l'impulsion de Jacques Tréfouël, s'est mis au travail. Nitti, en liaison avec l'industrie française, partant d'un échantillon de *Penicillium notatum* de la collection de l'Institut Pasteur, obtient quelques grammes de pénicilline. Mais ce produit est rare, aussi sera-t-il employé avec parcimonie, et d'emblée René Martin souligne avec Bernard Sureau la méthode des « infiltrations locales » en thérapeutique humaine. Bientôt Mme Jacques Tréfouël applique les techniques de récupération et extrait de l'urine des malades soumis à la pénicilline cette précieuse substance qui va se retrouver dans une proportion de 50 pour 100.

Les travaux biologiques et thérapeutiques vont être poursuivis avec ardeur.

En 1943, dans les comptes rendus de notre Société de Biologie on lit trois notes de C. Levaditi, H. Penau et de leurs assistants.

La Société de Chimie biologique, dans une séance que j'ai eu l'honneur de présider — en l'absence du professeur Gabriel Bertrand — écoute une conférence détaillée dans laquelle Maurice Janot, de la Faculté de Pharmacie, expose devant un auditoire nombreux les premiers travaux français, après avoir rendu hommage aux savants britanniques et cela alors que Paris était occupé.

Notre Académie de Médecine publie des travaux de premier ordre publiés par C. Levaditi, dans lesquels, reprenant des travaux de Mahoney, notre collègue démontre la puissance de la pénicilline dans la lutte contre la syphilis.

La Faculté de Médecine de Paris, durant l'année scolaire 1944-1945, a enregistré huit soutenances de thèses de doctorat consacrées à la pénicilline. Deux ont un grand intérêt, celle de Jean Berrod, inspirée par René Martin et B. Sureau, et celle de H. Bécuve, qui sort du laboratoire de Mme Jacques Tréfouël.

A l'heure où les publications restent difficiles en France, on doit citer cependant la sortie d'ouvrages soignés consacrés à cette question. Raymond Turpin et Pierre Chassagne publient une monographie parfaitement claire et le commandant Pierre Broch et ses assistants militaires ont consacré à la pénicilline une série d'ouvrages dont le tome I est publié, en même temps qu'ils réalisent des efforts magnifiques et pratiques pour fabriquer de la pénicilline destinée à l'armée française.

Le livre de Rémy Delaunoy est à retenir, mais nous ferons une mention spéciale pour le très bel ouvrage de C. Levaditi et pour la captivante étude de René Martin publiée avec Nitti, Bernard Sureau et Jean Berrod.

---

(1) *La Gazette des Hôpitaux* a rendu compte de cette réception dans son précédent numéro. Nous sommes heureux aujourd'hui de publier le remarquable discours que M. Léon Binet a prononcé. C'est une très belle page d'histoire scientifique, nous le remercions bien sincèrement d'avoir bien voulu nous autoriser à la publier aujourd'hui. — Dr J. M. LE GOFF.

Enfin le Palais de la Découverte, ce temple français de la Science, dont l'Université de Paris est si fière, organise une exposition de la pénicilline, commencée il y a plus d'un mois, elle sera ouverte vers le milieu d'octobre au public intéressé.

Pendant que les biologistes se mettaient au travail avec ardeur, le ministère de la Santé publique, en France, organisa, à Paris et en province, des Centres de pénicillinothérapie qui ont été confiés à des médecins, à des chirurgiens, à des spécialistes de qualité et qui ont permis d'obtenir de très jolis succès.

Nous n'avons pas ici à décrire ces succès, puisque sir Alexander Fleming doit visiter divers hôpitaux parisiens où seront exposés les résultats obtenus avec la pénicilline dans le traitement des infections dues au staphylocoque, au streptocoque, au pneumocoque, au méningocoque.

Le traitement de la gonococcie donne, ici comme ailleurs, des succès indiscutables, rapides, et tout le monde souhaite l'extension prochaine d'un traitement ambulatoire par la pénicilline retard. Quant au traitement de la syphilis par la pénicilline, il semble plein de promesses.

Je voudrais seulement retenir, dans cet exposé thérapeutique, des enseignements fournis par deux catégories d'enquêtes, l'une au sein de la 1re armée française, l'autre dans mon propre service hospitalier.

J'ai pu, à la tête d'une délégation d'étudiants en médecine, visiter l'Alsace retrouvée, l'Allemagne conquise et occupée, l'Autriche libérée par l'armée « Rhin et Danube ». Grâce à la gracieuse invitation du général commandant en chef, j'ai eu le privilège de me trouver auprès de la glorieuse 5e D.B., auprès des bataillons de choc, auprès de plusieurs divisions d'infanterie, la 3e D.I.A., la 14e D.I., la 2e D.I.M.; de même que j'ai pris contact avec les médecins auxiliaires des unités combattantes, avec les divers éléments des bataillons médicaux et des hôpitaux de campagne. Or, partout, officiers et soldats, combattants et médecins parlent de la pénicilline, car tous ont eu un parent, un ami, un camarade blessé ou malade, soigné et guéri par la pénicilline. Au lendemain de la victoire de 1918, le maréchal Foch et le maréchal Joffre ont voulu adresser des félicitations officielles au médecin français qui avait arrêté la fièvre typhoïde dans notre armée. Aujourd'hui, l'Académie de Médecine tient à dire au professeur Fleming que par les militaires qu'il a sauvés de la mort, il a bien mérité de la victoire.

Puis-je dire aussi très simplement au professeur Fleming le résumé de deux observations cliniques prises dans mon service de l'hôpital Necker, à deux pas du Centre de pénicillinothérapie dirigé par mes amis Robert Debré et Jacques Leveuf ? Un homme atteint de purpura infectieux saigne de partout — les traitements tentés sont inefficaces ; à cause d'une légère polynucléose sanguine, on tente un traitement par la pénicilline et notre malade, qui avait déjà un pied dans la tombe, voit ses hémorragies s'arrêter. D'autre part, un jeune sujet, atteint d'abcès du poumon, expectore 300 cm3 de pus par jour : le traitement sulfamidé, la thérapeutique par l'alcool intraveineux sont sans effet : la pénicilline fait tomber le taux des expectorations de 300 à 25 cm3. Ce matin, en passant ma visite, ces deux malades m'ont demandé d'exprimer à leur sauveteur leur gratitude profonde, je transmets ce message avec toute l'émotion que vous devinez.

Sir Alexander Fleming, au nom de tous les membres de notre Compagnie, au nom de mes confrères de l'Académie des Sciences, au nom de mes collègues de la Faculté de Médecine de Paris et au nom de notre doyen en mission, laissez-moi vous dire, pour vous exprimer nos sentiments à votre égard, deux mots : celui de *reconnaissance* et celui d'*admiration*.

NOTES POUR L'INTERNAT

COMPLICATIONS DES GOITRES

Les complications des goitres intéressent à la fois le chirurgien, le médecin et le laryngologiste. Dans un but de clarté, nous étudierons successivement :

Les accidents laryngo-trachéaux ;

Les accidents hémorragiques et infectieux ;

Les accidents toxiques et secrétoires,

La transformation maligne.

Il faut souligner d'emblée ce que ce plan a de didactique : dans la pratique, ces complications s'associent entre elles, s'intriquent, possèdent volontiers des symptômes communs ou tout au moins très voisins, ce qui pose des problèmes d'interprétation clinique parfois difficiles.

I. — Les accidents laryngo-trachéaux.

Les accidents laryngo-trachéaux consistent :

1° En compressions de la trachée ;

2° En compressions ou irritations des récurrents ;

a) *Les compressions de la trachée* s'observent surtout dans les goitres très volumineux, principalement ceux qui plongent dans le médiastin.

1° *Les troubles fonctionnels* sont variables. La compression *progressive* de la trachée n'entraîne que peu de dyspnée. Mais il arrive qu'après un effort violent, ou surtout à l'occasion d'une affection pulmonaire aiguë intercurrente, le malade, jusqu'alors adapté à sa diète chronique d'air, présente subitement une dyspnée intense, portant sur les *deux temps* de la respiration ; cette dyspnée est parfois exagérée par le décubitus, calmée au contraire par la position assise, ou mieux encore lorsque le malade se penche un peu en avant ;

2° *L'examen radiologique* révèle une déviation plus ou moins accentuée de la trachée par la masse tumorale ;

3° *L'examen laryngoscopique* montre que le larynx est souvent dévié latéralement ou sur son axe. *L'exploration endoscopique* de la trachée conduit sur une coudure, ou sur un aplatissement unilatéral, plus rarement sur un aplatissement bilatéral, en lame de sabre. L'aplatissement d'avant en arrière se voit dans les goitres plongeants, le rétrécissement annulaire dans certains goitres circulaires. La muqueuse est souvent congestive, parfois même œdémateuse.

Le *traitement* rationnel consiste en l'ablation du goitre. Si cette ablation n'est pas possible, ou en cas d'extrême urgence, *il ne faut pas faire de trachéotomie :* la trachée serait très difficile à trouver, son ouverture comporterait un trop grand risque d'hémorragie ou de broncho-pneumonie, elle serait d'ailleurs souvent inopérante, la trachée étant souvent comprimée très bas. La seule conduite logique consisterait soit en résections cunéiformes du goitre, soit mieux encore, à libérer la tumeur, à l'extérioriser, à passer dans les parties molles quelques points de traction afin d'éviter l'affaissement sur elles-mêmes des parois du conduit.

Le ramollissement dystrophique des anneaux cartilagineux peut se voir dans les compressions très anciennes. Généralisé, il est

très rare, il exige un drain à demeure pour calibrer le conduit. Localisé, ce ramollissement est sans importance.

b) *Les compressions et irritations des récurrents* s'observent surtout dans les goitres compliqués, comme nous y reviendrons, mais on peut voir des accidents récurrentiels dans les goitres bénins : éventualité rare, mais dont il existe des observations indiscutables. Le récurrent peut être comprimé, étiré, englobé dans un processus de sclérose péri-tumorale. Son atteinte dépend plus du siège que du volume du goitre : certaines tumeurs très volumineuses laissent le nerf indemne, certains goitres très petits, mais très durs, très scléreux, et situés au voisinage même du récurrent, provoquent au contraire des accidents.

1° *L'atteinte unilatérale* est la seule fréquente. Elle se manifeste par des quintes de toux sèche, et surtout par la dysphonie. L'examen laryngoscopique confirme la parésie, parfois l'immobilisation d'une corde, il élimine les modifications de la voix indépendantes de toute paralysie qu'on observe si souvent chez les goitreux.

Certaines parésies récurrentielles sont *latentes* : la laryngoscopie systématique seule peut en révéler l'existence, dégage rétrospectivement la responsabilité de l'opérateur, met celui-ci en garde en ce qui concerne la préservation d'un récurrent opposé encore indemne.

Les malades qui se forcent à parler malgré leur parésie risquent de faire en outre une laryngite chronique par malmenage et aggravent leur pronostic fonctionnel.

Il faut enlever le goitre, parfois découvrir systématiquement le nerf pour le libérer totalement. La récupération fonctionnelle est souvent rapide, on peut encore l'accélérer par la rééducation phoniâtrique. Les résultats sont toujours supérieurs à ceux que procure parfois la compensation spontanée par la corde saine.

2° *Les paralysies bilatérales* se voient dans les goitres malins. Lorsque les deux cordes sont immobilisées en adduction, lorsqu'il existe une paralysie totale d'un côté en même temps qu'une irritation spasmodique de l'autre, de graves accidents de suffocation sont à craindre.

A ces accidents laryngo-trachéaux peuvent s'associer la dysphagie par compression de l'œsophage cervical, parfois des troubles de compression du vague, du phrénique, du sympathique. Ceci ne se voit guère que dans les goitres malins.

II. — Les accidents hémorragiques et infectieux.

Assez rares dans les goitres adénomateux ou fibreux, ces accidents frappent surtout les goitres nodulaires et kystiques.

a) Nous ne faisons que citer la *rupture traumatique* d'un grand kyste thyroïdien, provoquant un hématome diffus du cou, avec dyspnée dramatique ;

b) Plus fréquente s'observe l'*hémorragie interstitielle*, aboutissant à la constitution d'un *hématocèle*.

Cet accident s'observe surtout au moment d'une poussée congestive du goitre, souvent contemporaine d'un épisode de la vie génitale, menstruation, grossesse. Il est souvent provoqué par un effort, par un petit traumatisme local (intérêt médico-légal).

1° L'hémorragie peut être *latente* : on en fait souvent le diagnostic rétrospectif par l'examen de la pièce opératoire ;

2° Le plus souvent, l'hémorragie se manifeste par une augmentation soudaine du volume de la tumeur, qui durcit, donne une sensation de pesanteur, de gêne douloureuse. Dans les cas favorables, la douleur cède, l'hémorragie s'arrête, se résorbe spontanément, le goitre reste seulement un peu plus gros et dur qu'auparavant. Il faut conseiller l'exérèse rapide car l'hémorragie peut se reproduire. Dans des cas moins favorables, l'hématocèle se complique de compression récurrentielle ou trachéale, parfois se rompt, parfois enfin s'infecte secondairement.

c) L'infection du goitre ou *strumite*, complique ou non une hémorragie interstitielle. Favorisée, elle aussi, par un état congestif du goitre, elle succède toujours soit à une maladie infectieuse intercurrente, grippe, fièvre éruptive, soit à une lésion infectée de voisinage : on découvre très souvent une porte d'entrée bucco-pharyngée.

1° Dans la *strumite fluxionnaire*, le goitre devient douloureux et fébrile, grossit, durcit, provoque souvent de la dysphonie, de la dyspnée même. Le malade cherche à se soulager, immobilise la tête en demi-flexion. Au bout de quelques jours, les symptômes infectieux s'amendent, le goitre reste seulement un peu plus gros, un peu plus adhérent qu'auparavant. Il existe des formes subaiguës, traînantes, frappant le même lobe ou migrant d'un lobe à l'autre ;

2° La *strumite suppurée* est plus fréquente. La température s'élève, la douleur s'accentue, la tumeur s'empâte, parfois même la peau rougit. Inutile de chercher la fluctuation, ou tout au moins jamais on ne doit l'attendre pour intervenir : c'est la *ponction*, faite avec la plus grande prudence, qui doit prouver la présence de pus collecté. Si l'on ne fait rien, la fistulisation se fait soit à la peau, soit dans les espaces celluleux du cou et du médiastin, soit même dans la trachée : il faut donc inciser et drainer la collection. Mais cela ne suffit pas toujours, la poche possède souvent des prolongements déclives, parfois ses parois, épaisses et compactes, en maintiennent la lumière béante. Il faut donc faire l'exérèse complète aussitôt la phase d'infection aiguë surmontée. L'énucléation « à chaud » du nodule suppuré ne peut se défendre que pour un nodule très superficiel, très antérieur et très facile à cliver : intervention rarement indiquée, et qui d'ailleurs ne dispenserait ni de drainer, ni de faire une lobectomie correcte secondairement ;

3° La *strumite gangréneuse* se voit chez des sujets débilités, des diabétiques, au cours de l'infection puerpérale : elle réalise un véritable phlegmon gangréneux diffus du cou. La mort est de règle par septicémie ou par œdème laryngo-trachéal suffocant.

III. — Accidents toxiques et secrétoires.

Nodulaires ou diffus, petits ou volumineux, tous les goitres, même tolérés pendant des années, peuvent s'accompagner tôt ou tard de troubles toxiques ou secrétoires.

1° *L'hypothyroïdie* peut apparaître, spontanément, parfois dans les suites d'accidents hémorragiques ou inflammatoires étendus ;

2° *L'hyperthyroïdie* est plus fréquente. Il n'y a aucun rapport entre les dimensions du goitre et le degré d'hyperthyroïdie. Tantôt celle-ci est très discrète, tout se borne à un peu de tachycardie, et d'amaigrissement, à une augmentation légère du taux d'iode dans le sang et du métabolisme basal. Tantôt, au contraire, il s'agit d'un syndrome basedowien plus ou moins grave, qui va nécessiter la même collaboration médico-chirurgicale, la même préparation minutieuse et les mêmes précautions opératoires que dans la forme pure du goitre exophtalmique. Seul l'aspect local des lésions permet du reste la distinction entre l'adénome toxique et la maladie de Basedow ;

3° Il faut faire une place à part aux troubles du rythme cardiaque et à certaines insuffisances graves du myocarde, rebelles au traitement médical, mais dont l'ablation large du goitre peut assurer la guérison, même si l'on ne voit le malade que dans un état d'hyposystolie avancée. Ces *cardiothyréoses* compliquent

souvent des goitres très petits, parfois même ignorés. Elles n'ont aucun rapport avec l'insuffisance cardiaque que l'on observe parfois chez d'anciens goitreux, exempts de signes toxiques, mais dont les poumons sont sclérosés et dont le cœur est plus ou moins dilaté.

IV. — LA TRANSFORMATION MALIGNE.

Sauf de rares exceptions, le cancer du corps thyroïde se développe presque toujours sur un goitre. Les goitres nodulaires sont plus souvent cancerigènes que les goitres parenchymateux ou les gros kystes thyroïdiens ; les goitres fibreux ou crétacés ne dégénèrent que très rarement. Le cancer est toujours un accident tardif, souvent secondaire à des poussées congestives répétées, ou à l'un des accidents hémorragiques ou inflammatoires que nous avons vu précédemment.

a) *Signes et évolution.*

1° Début : un goitre, souvent toléré depuis des années, se met tout à coup à augmenter de volume. En même temps, il devient bosselé, de contours flous, et surtout il acquiert une dureté extrême. Ces modifications sont presque toujours à prédominance unilatérale ;

2° Etat : au bout de peu de semaines, la transformation maligne ne fait plus aucun doute.

La masse tumorale a doublé, triplé, elle peut devenir énorme, mais en fait, elle dépasse rarement le volume de deux poings. Sa consistance est d'abord uniformément ligneuse, mais certaines zones ne tardent pas à se ramollir. Ses limites sont imprécises : on a l'imprssion que le cou est recouvert d'une véritable carapace blindée. Dans cette gangue, il est difficile d'isoler les adénopathies, qui font vraiment corps avec la tumeur.

La circulation collatérale veineuse est bientôt très développée.

Rapidement apparaissent des signes marquant la compression, puis l'envahissement des organes voisins, dysphonie, dysphagie, dyspnée permanente ou paroxystique, nous ne revenons pas sur ces troubles, plus fréquents et plus intenses dans le cancer que dans n'importe quelle autre complication des goitres ; il faut y ajouter la cyanose et parfois l'œdème de la face par stase des jugulaires, comprimées d'abord et bientôt envahies par des bourgeons néoplasiques.

L'état général est touché, la fièvre ne manque jamais, il s'y ajoute souvent des signes d'hyperthyroïdie.

3° Evolution : se juge en quelques mois, peu de cancers se généralisent aussi vite. Les métastases pulmonaires se voient dans 75 % des cas, souvent bilatérales et multiples, parfois latentes, découvertes par la radioscopie systématique. Les métastases osseuses sont aussi fréquentes que dans le cancer du sein ; parfois on observe des métastases hépatiques, cérébrales. Beaucoup de ces malades meurent d'une syncope, d'un spasme de la glotte, de broncho-pneumonie.

b) *Formes cliniques.*

On peut décrire une foule de formes symptomatiques : notamment, le cancer à type laryngé, avec prédominance des troubles récurrentiels, le cancer dysphagique, le cancer à type médiastinal, le cancer dit basedowifiant.

Le *squirrhe atrophique* est à la fois dyspnéisant et dysphagique, mais loin de tuméfier le lobe, il le rétracte. C'est seulement en insinuant le doigt en dedans des vaisseaux, entre la trachée et la colonne, qu'on parvient à sentir un nodule pierreux. La mort survient le plus souvent par asphyxie.

Le *cancer aigu* se voit surtout chez des jeunes, il est d'emblée bilatéral et diffus, brûle les étapes, triple de volume et donne de graves troubles de compression en quelques semaines seulement. Certains de ces cancers aigus simulent des strumites : on a pu en inciser par erreur. Les métastases sont multiples, il s'agit d'une véritable généralisation aiguë.

Les *cancers aberrants* évoluent soit dans le médiastin, soit au voisinage du paquet vasculaire du cou : on les prend presque fatalement pour des tumeurs ganglionnaires.

Les *cancers latents* représentent un groupe important et disparate. Dans cette catégorie, nous rangerons :

1° Certains cancers à évolution très lente, gardant l'aspect d'un goitre rigoureusement banal, mais dont l'examen histologique après exérèse révèle la nature véritable ;

2° Ce qu'on a si longtemps appelé *adénome métastatique*, et qui est en réalité une forme très torpide de cancer, donnant des métastases, souvent osseuses ou viscérales, tout en gardant localement un aspect fallacieux de bénignité. Notons que l'évolution de ces métastases présente souvent le même caractère torpide.

c) *Diagnostic.*

Rien n'est plus difficile que de *surprendre à son début* la transformation maligne. Nous avons dit combien longtemps certains cancers gardent l'apparence clinique d'un goitre banal : souvent, c'est l'apparition de signes toxiques, d'un accident de suffocation, voire même une métastase, qui donnent l'éveil.

Inversement, bien des affections locales simulent plus ou moins le cancer : certains tuberculomes du corps thyroïde, la syphilis scléro-gommeuse, la maladie ligneuse de Riedel. Nous avons vu que la strumite peut précéder le cancer, et que le cancer peut simuler une strumite.

Pratiquement, il faut se méfier de tout goitre qui grossit, change de consistance, de tout goitre s'accompagnant depuis peu de dysphonie, de dyspnée ou de douleurs. En général, les troubles qui annoncent le début de la cancérisation n'ont ni l'intensité, ni la brusquerie de ceux qui traduisent une hémorragie, une strumite. « Tout goitre qui se met à grossir et à donner des troubles sans raison apparente doit être suspecté de malignité » (Kocher, Poncet).

d) *Traitement.*

En général, le diagnostic de la transformation maligne est fait si tardivement qu'on ne peut envisager qu'un traitement palliatif. La radiothérapie peut donner des survies intéressantes. Nous avons vu, à propos des compressions de la trachée, la conduite à tenir à l'égard d'une dyspnée menaçante.

Le cancer dépisté à son extrême début doit bénéficier de l'exérèse. Pour les formes telles que l'adénome métastatique, cancers à évolution torpide et longtemps encapsulés, une lobectomie large suffit souvent. Dans les autres cas, il faut envisager une exérèse très étendue, non seulement du corps thyroïde, mais aussi des muscles, des aponévroses, des paquets vasculo-nerveux envahis : la limite d'une chirurgie raisonnable est évidemment donnée par l'envahissement de la trachée, de l'œsophage, de la carotide primitive. Crile, Bérard et Dargent ont décrit des techniques réglées de thyroïdectomie élargie extra-capsulaire.

Le pronostic opératoire, même quand l'état général est bon, est variable : tel cancer dont l'extirpation totale semble possible donne une récidive, tel autre, plus avancé cliniquement, donne une survie apréciable. La malignité varie beaucoup avec le type histologique. Dans l'ensemble, les bons résultats, même améliorés par l'association de la chirurgie et des radiations, sont assez rares.

P.-L. KLOTZ.

INTERETS PROFESSIONNELS

Communiqué du Conseil des Médecins de la Seine

Le Conseil des Médecins du département de la Seine croit de son devoir d'appeler l'attention du public sur les abus criants auxquels donne lieu la circulation des voitures automobiles et sur l'injuste répartition des permis de circuler et de l'essence.

Il fait connaître que, pour Paris et la banlieue immédiate, sur 7.000 médecins environ, moins de 3.000 ont pu obtenir un permis de circuler et que leur allocation mensuelle d'essence s'élève au chiffre de 60 litres à Paris et 70 litres en banlieue, quantité dérisoire si l'on considère l'amélioration actuelle des arrivées de carburant.

Fatigués de faire valoir en vain auprès des autorités compétentes leurs justes doléances, les médecins de la Seine invitent le public à élever avec lui, contre cet état de chose, une vigoureuse protestation.

L'état sanitaire du pays exige, en effet, que tous les médecins praticiens obtiennent l'autorisation de circuler librement.

Confédération des Syndicats médicaux français

L'ordonnance du 15 juin 1945, visant la composition des commissions administratives des hôpitaux, stipule à son article 2, paragraphe 5 : « Parmi les membres nommés par le préfet doit figurer un médecin présenté par le Conseil départemental des médecins, institué par l'ordonnance du 11 décembre 1944... »

Nous avons protesté auprès du ministre de la Santé contre cette disposition, les fonctions des Conseils — là où les syndicats médicaux sont reconstitués — devant être exclusivement de la juridiction et la prévoyance, ainsi qu'il est stipulé dans l'ordonnance instituant l'Ordre des médecins (ordonnance actuellement à l'impression au « J. O. »).

Le directeur de l'Assistance nous répond, au nom du ministre, le 17 septembre, qu'une circulaire est adressée « aux préfets et aux directeurs régionaux de la Santé et de l'Assistance, pour leur signaler que le Conseil départemental des médecins prévu par l'ordonnance du 11 décembre 1944 n'étant qu'une organisation transitoire et que les syndicats médicaux étant réorganisés dans la plupart des départements, les présentations concernant la désignation du délégué des médecins doivent être faites désormais par les syndicats ».

Le directeur de l'Assistance ajoute, dans sa communication : « J'ai adressé toutes les demandes d'ouverture de ces cliniques (cliniques ouvertes dans les hôpitaux), que vous m'aviez envoyées, aux préfets pour constitution des dossiers. »

Le Médecin de France ne pouvant actuellement paraître à la cadence suffisante, en raison de difficultés matérielles, nous avons recours à la presse professionnelle, pour diffuser ces deux informations qui intéressent un grand nombre de médecins, chirurgiens et spécialistes.

CHRONIQUE

Les étudiants en médecine rendent visite à l'armée Rhin-Danube

En invitant, il y a quelques semaines, des étudiants en médecine et quelques-uns de leurs maîtres à venir prendre contact avec les troupes de la glorieuse armée du Rhin-Danube, le général de Lattre de Tassigny a montré qu'il n'est pas seulement un grand chef, mais aussi un psychologue. Il voulait, certes, rendre hommage aux jeunes confrères qui, depuis l'Afrique jusqu'au Tyrol, ont servi sous ses ordres avec tant de bravoure et de dévouement, mais il tenait aussi à soumettre l'œuvre admirable du service de Santé de son armée au jugement des jeunes étudiants dont l'esprit critique et le sens de l'observation font les meilleurs juges possibles.

A la fin de juillet 1945, un car de l'armée est venu prendre place de la Madeleine, à Paris, la délégation de 25 étudiants dirigée par M. le Professeur Binet et quelques-uns de ses collègues, notamment M. le Professeur Gastinel. L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, le Cercle Laënnec, des internes et des externes des hôpitaux constituaient la petite troupe qui allait prendre contact avec la réalité. Quelques étudiants d'avant-garde étaient du nombre, de Lattre ne les redoutant pas, c'était l'union sacrée. Pilotés par un officier supérieur de l'E.M., nos jeunes confrères, dont plusieurs n'avaient pas encore fait leur service militaire, ont été émerveillés par la leçon de choses magistrale qui leur fut donnée tout le long du voyage, qui se déroula de la Bourgogne au lac de Constance.

La traversée de l'Alsace fut marquée par deux courts arrêts, à Mulhouse et à Strasbourg, et c'est en Allemagne, au pays de Bade et dans la Forêt Noire que l'enseignement militaire se fit sur le terrain même des combats.

Tout le mécanisme de l'armée moderne entièrement motorisée fut « démonté » pour être expliqué aux auditeurs. Ainsi apparut comment l'armée d'Afrique avait pu, grâce à ses traditions, s'adapter à la formation américaine et s'imposer à l'ennemi au cours de la foudroyante et victorieuse offensive de la libération.

Continuant le voyage, les membres de la délégation furent, à Constance, les hôtes du général en chef qui donna plusieurs réceptions en leur honneur et organisa diverses excursions dans ce beau pays.

La partie technique fut consacrée au fonctionnement du service de Santé. Les étudiants de Paris prirent contact avec tous les échelons, depuis les médecins auxiliaires et les médecins des corps de troupe jusqu'au directeur du service de Santé qui leur exposa le fonctionnement de tous les services, et notamment l'organisation du bataillon médical.

Cet organisme de création algéro-américaine réunit en une seule unité l'ancien groupe de brancardiers, l'ambulance divisionnaire et l'auto-chir., que nous avons connus séparés en 1914-18. Le bataillon médical, dirigé par un médecin capitaine, comprend un effectif d'une centaine d'hommes, médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, conducteurs et brancardiers. La souplesse de cet organisme, son indépendance ont permis au service de Santé de réaliser des prodiges. Signalons en passant que tous, officiers et soldats, ne cessent de chanter les louanges de la bienfaisante pénicilline...

Les étudiants en médecine purent encore se rendre compte que l'œuvre de l'armée Rhin-Danube ne s'est pas limitée au souci de l'hygiène de l'armée et des populations de la zone occupée. Ils ont aussi appris que des colonies de vacances organisées par les soins de l'armée avaient reçu, cet été, dans la Forêt Noire notamment, 22.000 petits enfants français. Et ce sera pour le nom du commandant en chef de l'armée Rhin-Danube un motif particulier de reconnaissance de la part des Français et de la population parisienne.

A leur retour à Paris les étudiants n'ont pas caché leur admiration pour l'œuvre du général de Lattre de Tassigny. Ils nous ont dit tous leurs regrets de le voir quitter un commandement où, dans des conditions qui resteront encore longtemps difficiles, il avait su si bien faire respecter le nom de la France.

M. Mordagne.

INFORMATIONS

(Suite de la page 306)

Nécrologie

On annonce la mort :

Du Dr Paul Gascheau, à Paris.

Du Dr Lavergne, ancien sénateur du Tarn.

Du professeur Fred Vlès, professeur de physique biologique à la Faculté de médecine de Strasbourg, correspondant national de l'Académie de médecine. Le professeur Vlès avait été déporté par les Allemands en 1944.

Morts pour la France

Le Dr Tassy, médecin conseil de la Caisse d'A. S. du Puy-de-Dôme, déporté en Allemagne, mort au camp de Mathausen, victime de la barbarie allemande.

Le Dr Lhoste, de la Flèche (Sarthe), déporté en Allemagne, mort au camp de Dachau, victime de la barbarie allemande.

Syndicat des Médecins des Hôpitaux psychiatriques. — Ce Syndicat fait suite à l'Association amicale des médecins des Etablissements publics d'aliénés qui a été déclarée dissoute le 4 août 1945. Son siège social est à Paris, 1, rue Cabanis (14e).

Son Bureau est ainsi constitué :

Secrétaire général : M. Daumezon (Fleury-les-Aubrais).

Secrétaires : M. X. Abély (Paris), M. Lauzier (Dijon) et M. Sivadon (Ville-Evrard).

Trésorier : M. Neveu (Cadillac).

Trésorier adjoint : M. Fouquet (Paris).

Archiviste : M. Bessière (Paris).

Administrateurs : M. Beley (Poitiers), M. Bernard (Lille), M. Bonnafé (Saint-Alban), M. Ey (Bonneval), M. Le Guillant (Paris).

Académie Duchenne de Boulogne. — Le prix annuel de 10.000 francs décerné par l'Académie Duchenne de Boulogne à un travailleur indépendant dont l'œuvre ou la création ayant trait aux sciences médicales sera jugée la meilleure, sera attribué le premier jeudi de février 1946.

Les mémoires inédits et non encore récompensés (dactylographiés en double exemplaire) devront être adressés au Secrétariat de l'Académie, 60, boulevard Latour-Maubourg, avant le 1er janvier 1946.

Conférences de psychiatrie. — Le Dr Henri Ey, médecin des Hôpitaux psychiatriques, reprendra ses présentations de malades et ses conférences d'information psychiatrique tous les mercredis à l'hôpital psychiatrique Sainte-Anne, de 14 h. à 19 h., à partir du 17 octobre. Pour renseignements et inscription, s'adresser au Dr Ganidel, Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (14e).

Ecole centrale de puériculture
année 1945-46

Sous la direction du Dr Lesage, président fondateur du Comité national de l'enfance, et du Dr H. Rouèche, directeur de l'Ecole, des cours auront lieu de novembre 1945 à juin 1946.

Un cours élémentaire est consacré à l'enseignement professionnel et de diffusion s'adressant à de futures mamans ou à des jeunes filles désirant se consacrer à l'élevage des petits enfants.

Un cours supérieur s'adresse plus particulièrement aux jeunes filles déjà titulaires de diplômes d'Etat d'infirmières hospitalières, d'assistantes sociales, etc.

Pour tous renseignements et inscriptions, s'adresser au secrétariat de l'Ecole (Mlle Cassas), Comité national de l'Enfance, 51, avenue Victor-Emmanuel-III, tous les jours (samedis exceptés), de 14 h. 30 à 17 h. 30.

Xe Congrès français d'orthopédie

La Société française d'orthopédie tiendra, le vendredi 12 octobre 1945, sa séance annuelle, sous la présidence du professeur Rocher, de Bordeaux. La réunion aura lieu à la Faculté de médecine, amphithéâtre Vulpian. La dernière réunion a eu lieu en 1938.

LIVRES NOUVEAUX

Précis d'histologie physiologique, 4e édition entièrement remaniée, par A. Policard, professeur à la Faculté de Médecine de Lyon. Un volume in-8° de 888 pages avec 407 figures (cartonné), 393 fr. G. Doin et Cie, éditeurs, Paris.

Le succès du « Précis d'histologie physiologique », affirmé par l'apparition de sa quatrième édition, tient à ce qu'il représente non un traité d'histologie du type habituel, mais bien un livre centré sur la physiologie. Ce ne sont pas seulement les formes qu'un médecin ou un biologiste doit connaître, mais les fonctions liées à ces formes. Une structure ne prend son intérêt que des fonctions qu'elle conditionne. N'a-t-on pas défini l'histophysiologie la « science des mécanismes » des cellules et des tissus ?

Ceci explique le succès de ce « Précis » non seulement parmi les étudiants en médecine et les candidats à l'externat et à l'internat, mais aussi parmi les médecins qui préparent les concours hospitaliers et universitaires, et parmi tous ceux, médecins et chirurgiens praticiens, qui veulent être renseignés sur la vie et le fonctionnement normal intime de ces tissus et de ces organes dont ils s'efforcent de définir les troubles pathologiques.

Par ailleurs, le livre de Policard a su intéresser les biologistes, les zoologistes, les vétérinaires et tous ceux qui désirent être fixés sur ce qu'on sait aujourd'hui sur tous ces mécanismes si complexes de la vie des organismes.

Mais l'histologie physiologique est une science mouvante ; une science d'avant-garde constamment en évolution. Chaque édition de ce « Précis », et celle-ci en particulier, a constitué un livre presque nouveau. Le plan général est resté le même : cellule, tissus, organes ; il est imposé par la nature même des choses. Les faits fondamentaux sont restés, mais il s'en est ajouté d'autres. Des idées différentes, des conceptions nouvelles ont surgi ; d'autres, périmées, sont passées dans le domaine de l'histoire.

C'est l'exposé de tout cela qui fait l'intérêt de ce livre et explique son succès.

Consultations de podologie, par le Dr Berthet et le Dr V. Charry. Préface du professeur J. Toubert. Un volume in-8, de 100 pages, avec figures, 95 fr. G. Doin et Cie, éditeurs, Paris.

Nul, plus que le Prof. Toubert, n'était autorisé à présenter cet ouvrage aux lecteurs, puisqu'il fut le président du Ier Congrès de Podologie, dont le Dr Berthet fut le vice-président.

Les Drs Berthet et Charry, chargés respectivement du service médico-chirurgical de podologie de l'hôpital Sainte-Isabelle de Neuilly, ont réuni dans ces consultations, l'essentiel de ce que doit savoir celui qui s'intéresse à cette spécialité. Ce manuel est l'expression de l'enseignement donné par les auteurs au cours de l'année de stage dans le service de podologie.

L'enseignement de la podologie qui vient d'être récemment institué légalement, s'était peut-être, auparavant, un peu trop étendu sur des matières accessoires à la spécialité. Cet enseignement verra certainement ses programmes allégés tout en étant plus pratiques et plus précis. Le présent ouvrage représente l'essentiel des connaissances actuelles de la podologie et a été composé en tenant compte de l'orientation future de cette spécialité. Il devient, de ce fait, un manuel indispensable pour les examens et la clientèle. Il est le fruit de quarante-deux années d'exercice de la podologie.





EVONYL
COMPRIMÉS DRAGÉIFIÉS
Composition
SYNERGIE VÉGÉTALE et OPOTHÉRAPIQUE
Indications
(Double action FOIE ET INTESTIN) Affections hépato-biliaires, Cholécystite, Ictére, Congestions hépatiques, Lithiases, Angiocholite, Constipation aiguë et chronique, Hypertension.
Posologie
2 dragées, tous les soirs, au repas.
Enfants : demi-dose.
LABORATOIRES FLUXINE
VILLEFRANCHE (RHÔNE)



HÉMOLUOL
VEINEUX

Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe). Dépôt légal. — 1945. — 4e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd.

N° 20. — 15 OCTOBRE 1945 — 118e ANNEE — Ce numéro : 4 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 100 fr. Etudiants, 50 fr. ; Etranger, 150 et 180 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Facultés de province

Sont pérennisés à partir du 1er janvier 1945 :

MM. les agrégés dont les noms suivent :

M. Delphant (Aix-Marseille) ;

M. Monnier (Montpellier) ;

M. Klein (Strasbourg) ;

M. Baisset (Toulouse).

Lille. — M. Morel, agrégé, est nommé à titre provisoire, à compter du 1er juillet 1945, professeur titulaire de la chaire d'histologie de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Lille (dernier titulaire : M. Debeyre, retraité).

Strasbourg. — M. Canuyt, professeur à la Faculté de Médecine de l'Université de Strasbourg, est réintégré, à compter du 21 juin 1940, dans lesdites fonctions

Faculté des Sciences de Paris

M. Schaeffer, professeur en surnombre de physiologie générale, est nommé professeur titulaire de la chaire de physiologie des fonctions à la Faculté des Sciences de l'Université de Paris.

Légion d'honneur

GUERRE. — Officier. — Médecin commandant Humblot.

Chevalier. — Médecin commandant Pierre Broch (qui a réalisé en France la fabrication de la pénicilline).

Médecin commandant Igert, E. M. Ne armée.

Médecin commandant Lartigau, Ne R. I. C.

Chevalier à titre posthume. — Médecin capitaine Tille (Henri), Ne bat. de marche.

Médecin capitaine Bridot, F. F. I., XIIe région.

Lieutenant Estrem, étudiant en médecine, F. F. I., IXe région.

Médecin lieutenant Mercier, F. F. I.

Médecin capitaine Soueix, F. F. I.

Médecin capitaine Ullmann, F. F. I.,

Ont trouvé une mort glorieuse sous les balles ennemies.

MARINE. — Chevalier à titre posthume. — Médecin de 1re classe auxiliaire, Minette.

Chevalier. — Médecin principal Bugard, médecin chef du service de santé de la zone de Dunkerque (1944-1945).

Médecin en chef de 2e classe de réserve, Pélerin.

Médaille militaire

A titre posthume. — Médecin auxiliaire Navello (Fernand).

Aspirant Jean Jeanneney (campagne de Corse, île d'Elbe, France, Allemagne), tombé glorieusement à Pforzheim.

Il était le fils de notre bien regretté confrère, le professeur Georges Jeanneney (de Bordeaux).

Citations à l'ordre de l'armée

Médecin auxiliaire Gomez.

Médecin aspirant Lafourcade.

A titre posthume. — Médecin lieutenant Limousin (Alain), Ne R. I.

Médecin sous-lieutenant Payen (Pierre), Ne R. I.

Médecin auxiliaire Peres (R. M.), Ne chasseur d'Afrique.

Aspirante Marie-Louise Poncet, Ne R. I.

Médaille de la Résistance française

Médecin principal de la marine, Jean Delacroix des Roseaux ;

Dr Ary Fichée.

Ordre de la santé publique

Commandeur. — M. Delattre de Tassigny, général d'armée.

M. Devinck, général adjoint au général commandant l'artillerie de la 1re armée française.

Officier. — M. Aubert, colonel adjoint au général commandant les écoles d'artillerie.

Chevalier. — M. Karl Crichton Fraser, directeur de l'aide mutuelle canadienne à Ottawa.

Guerre

Liste, par ordre de mérite, des candidats admis à l'école du service de santé militaire de Lyon en 1945 :

Section de médecine. — Catégorie P. C. B. — Bazaillas (André) ; Bordes (Louis); Soler (Albert) ; Delahaye (R.) ; Chartier (Roland) ; Fruit (André) ; Robert (Paul) ; Verdaguer (S.) ; Mynard (Jacques) ; Jourdan (André) ; Dechelotte (Jean) ; Fenoul (R.) ; Robert (Claude) ; Duplessis (M.) ; Ganter (Georges) ; Gimbert (Jean) ; Sagnet (Henri) ; Basile (Robert); Moussours (René) ; Ricossé (Jean).

Quere (Maurice) ; Duriez (Robert) ; Calvet (Guy) ; Aubry (Roland) ; Bessodes (M.) ; Perquis (Pierre) ; Sclear (François) ; Liaume (Paul) ; Maurer (Jean) ; Grezaud (G.) ; Bourrel (Pierre) ; Dampenon (J.) ; Pantin (Jean) ; Lavernhe (Jean) ; Mercier (Henri) ; Rivier (Alphonse) ; Dalciet (René) ; Beaudoin (Jean) ; Le Nepveu de Carfort (Didier); Fieschi (Joseph).

Drouin (Michel) ; Aulong (Claude) ; Ratignier (A.) ; Pincon (Charles) ; Bergeron (Jean) ; Vandekerkove (Michel) ; Fabre (Jacques) ; Magne (Guy) ; Gomez (Armand); Sevin (Claude) ; Martinet (Henri) ; Vidal (Jean) ; Paillet (Romain) ; Castex (Pierre) ; Levier (Claude) ; Bay (Alfred) ; Loup (René) ; Bollenbach (Guy) ; Seclin (Michel) ; Le Henaff (Guy).

Desbois (Roger) ; Causse (Georges) ; Fournier (Guy) ; Drape (Maurice) ; Outters (Gilbert) ; Defayolle (M.) ; Brunet (Claude) ; Pazat (Pierre) ; Le Tallec (A.) ; Guillot (François) ; Doublier (Louis) ; Rigaud (Jean) ; Bluma (Henri) ; Cosnier (Jacques) ; Rive (Jean-Marie) ; Thuries (Jean) ; Many (Paul) ; Fournier (André) ; Thomas (Jean).

Caumartin (M.) ; Picard (Paul) ; Quillichini (Jean) ; Santucci (J.-B.) ; Chamorin (Louis) ; Premillieu (H.) ; Ollivier (Gabriel) ; Dormoy (J.-M.) ; Normand (Albert) ; Roghi (Toussaint) ; Robert (Jacques) ; Jarret (Robert) ; Selve (G.) ; Espitalie (Pierre) ; Lechat (Robert) ; Ducluzaux (Jean) ; Autret (Albert) ; Gayet (André) ; Rabinovitch Davi (Jacques) ; Jacquemain (M.).

Pezet (Jean-P.) ; Staub (Louis) ; Grosdidier (Jean) ; Millet (Claude) ; Hantz Ernest); Ducloux (Jean) ; Arramond (Yves) ; Roussillon (R.) ; Kerleaux (Jean); Fontaine (Jean); Delvincourt (R.) ; Attali (Gilles) ; Bezon (André) ; Garnier (Yves) ; Hurier (Jacques) ; Guillin (André) ; Picault (Marc) ; Boursiquot (P.).

Catégorie à quatre inscriptions. — Pilon

(Louis-J.) ; Flandrois (R.) ; Naouri (Guy) ; Misson (R.) ; Goutayer (J.) ; Le Viguelloux (J.) ; Resillot (André) ; Potier (Daniel) ; Fouchet (Michel) ; André (Pierre) ; Prangier (Henri) ; Ehrhardt (C.) ; Chastel (F.) ; Micheletti (A.) ; Mautalen (R.) ; Meghe (Pierre) ; Raynaud (Guy) ; Fauret (Jacques) ; Loiseau (M.) ; Arrighi (Paul).

Ratbie (Louis) ; Charlopain (L.) ; Zeis (Jacques) ; Bartoli (Jean) ; Guichardière (A.) ; Marcoul (Guy) ; Arnal (André) ; Mangin (Henri) ; Bouchard (Henri) ; Arnoux (Henri) ; Barthe (Jacques) ; Boudias (Antoine) ; Courset (Hubert) ; Quemerch (R.) ; Siraudin (J.) ; Montagne (J.) ; Osterberger (M.) ; Morand Pierre ; Poncet (Jean).

Catégorie à huit inscriptions. — Peluchon (J.) ; Rit (Jean-Marie) ; Fichou (Jacques ; Lesage (Guy-E.) ; Roman (Guy) ; De Gans (Guy) ; Cabanes (Louis) ; Jamart (André).

Catégorie à douze inscriptions. — Moïse (Robert-P.) ; Feuilly (Marc-M.).

Section de pharmacie. — Catégorie stagiaires. — Benceny (Claude) ; Storck (Jacques) ; Gamoty (Louis) ; Ceccaldi (Paul) ; Michaud (Robert).

Catégorie à quatre inscriptions. — François (R.) ; Cael (Fernand) ; Richard (André) ; Goguillot (Jean) ; Charrier (Jean).

Nota. — Dans la **section médecine** seront affectés à la section « médecine troupes coloniales » d'après l'option qu'ils auront établie à leur entrée à l'école et d'après l'ordre de classement ci-dessus :

30 élèves de la catégoie P. C. B.

8 élèves de la catégorie quatre inscriptions.

2 élèves de la catégorie huit inscriptions.

Parmi les élèves de la « section médecine troupes métropolitaines » seront affectés au service de santé de l'armée de l'air, dans les conditions d'option précitées :

20 élèves de la catégorie P. C. B.

10 élèves de la catégorie quatre inscriptions.

Service de santé active. — M. Robert (M.-P.), élève à l'école du service de santé militaire, reçu docteur en médecine, est nommé au grade de médecin sous-lieutenant et promu médecin-lieutenant.

Service de santé. Réserve. — Le « J. O. » du 21 septembre publie le décret du 15 septembre 1945 portant fixation de prise de rang et promotions dans le cadre des officiers de réserve du service de santé.

Le « J. O. » du 29 septembre 1945 publie le décret du 24 septembre 1945 portant promotion à titre définitif dans l'armée de terre, d'un certain nombre d'officiers du service de santé (p. 6124-6125) et d'officiers du service de santé des troupes coloniale (p. 6128) et de l'armée féminine de l'armée de terre (p. 6128 et 6129).

Santé publique

Centres de lutte contre le cancer. — Le « J. O. » du 3 octobre publie l'ordonnance du 1er octobre 1945 relative à l'organisation des centres de lutte contre le cancer. Cette ordonnance précise notamment que les centres anticancéreux jouiront de plein droit de la capacité juridique des établissements d'utilité publique s'ils ne la possèdent pas actuellement.

La personnel médical sera doté d'un statut.

L'autonomie des centres sera limitée sur le plan financier par la réglementation et le contrôle de leur gestion.

Maladies contagieuses à déclaration obligatoire. — Deux décrets en date du 27 septembre 1945 classent le **typhus** récurrent et la **coqueluche** parmi les maladies contagieuses à déclaration obligatoire.

Education nationale

Hygiène scolaire. — M. le Dr Favreau est nommé à titre provisoire inspecteur générale de l'hygiène scolaire et universitaire à compter du 1er octobre 1945.

Colonies

Sont nommés dans le corps des administrateurs des colonies, les médecins capitaine Gras (André), administrateur de 3e classe ; Auclert (Jean), et Coquil (Jean), administrateurs adjoints de 1re classe après 3 ans.

Nécrologie

— Nous avons le regret d'annoncer la mort du professeur Emile Camelot, doyen honoraire de la Faculté de Médecine de Lille.

Morts pour la France

On annonce la mort du Dr Lucien-Graux, commandeur de la Légion d'honneur, croix de guerre 1914-1918, déporté politique, mort en Allemage au camp de Dachau, le 10 octobre 1944, à l'âge de 66 ans.

— Nous apprenons la mort de M. François Bonamy, interne à l'hôpital de Tours, arrêté en juillet 1942 et mort au camp de Flossenburg le 21 avril 1945. Il était le fils du Dr Bonamy, de Grand-Prexigny (I.-et-L.), décédé, et le beau-frère des docteurs Jean Royer, médecin psychiatre à Moulins et Charles Loiseau d'Artannes-sur-Indre (Indre-et-Loire).

Renseignements

« Jeune médecin, ancien ext. des hôp. de Paris, cherche travail médical à Paris ou proche banlieue. Libre tous les matins ou 3 jours par semaine. »

Ecrire Dr J. C. au journal.

Un poste de médecin-chef va se trouver très prochainement vacant au centre de phtisiologie créé à l'hôpital d'Eaubonne (Seine-et-Oise).

Ce poste est susceptible d'être attribué à des médecins appartenant au cadre des médecins de sanatoriums publics ainsi qu'à des médecins spécialisés des hôpitaux de Paris, sur production de leurs titres.

Les candidatures et toutes les demandes de renseignements complémentaires peuvent être adressées à la Direction régionale de la Santé et de l'Assistance, 1, avenue Victoria, Paris (4e).

Remplacements

Pour avoir rapidement un remplaçant ou un assistant médical sérieux, adressez-vous à la Maison de la médecine, 15, avenue de l'Observatoire. ODE. 23-77.



Laboratoires J. LAROZE _ 54, rue de Paris _ Charenton (Seine)





Asthénies, Suites post-opératoires, Carences, Croissance, Puberté

Laboratoires CHAUZEIX
31 bis, Rue de Villejust, PARIS-16e



Infestations intestinales

Laboratoires CHAUZEIX
31 bis, Rue de Villejust, PARIS-16e



Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu. PARIS.10e

OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE

PANCRÉPATINE
LALEUF

CAPSULES GLUTINISÉES

DIABÈTE

6 A 12 CAPSULES PAR JOUR
(AU COURS DES REPAS)
SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
51, RUE NICOLO, PARIS-XVIe

CONTUSION DE L'ARTÈRE HUMÉRALE SPASME ET THROMBOSE LE SYNDROME DE VOLKMANN

(Suite et fin) (1)

Par M. le Professeur René LERICHE
de l'Académie des Sciences

EXPLICATION DES EFFETS DE L'ARTÉRIECTOMIE

Comment ces résultats s'expliquent-ils ? Tout simplement, je crois, par le changement de régime circulatoire que fait la résection du segment artériel traumatisé ou thrombosé. Vous savez que la paroi artérielle se comporte, en condition pathologique, comme un nerf à fonctionnement troublé, engendrant des réflexes artério-artériels vaso-constrictifs, créant à la périphérie des troubles vaso-moteurs et trophiques, augmentant le trouble relevant de la nécrose ischémique, agrandissant le champ de la perturbation fonctionnelle et conduisant à la sclérose par anoxhémie.

Il y a, dans le syndrome de Volkmann, tous les signes caractéristiques du dérèglement de la vaso-motricité. Ils sont si frappants que Trocello, puis Denucé, en avaient fait, en 1920, l'élément fondamental de la maladie. J'ai pris position, en 1927, contre cette interprétation de la hiérarchie des phénomènes qui fait trop bon marché de l'ischémie première résultant de l'oblitération artérielle. Et cependant c'est uniquement en supprimant ces troubles vaso-constrictifs périfocaux qu'elle est parfois si efficace. La preuve en est donnée par les effets de la sympathectomie périartérielle quand il n'y a pas oblitération, par exemple dans un cas de Billet où le syndrome disparut en quatre à cinq jours, et par ceux des infiltrations stellaires, comme dans les cas de Cahuzac et comme je l'ai vu moi-même.

En somme, *le mécanisme de la contracture ischémique dans le cas de fracture sus-condylienne est clair. Nous pouvons reconstituer à peu près ce qui se passe : contusion avec spasme, ou rupture de l'artère par le bec diaphysaire, ischémie de l'avant-bras, nécrose musculaire localisée, retentissement immédiat — variable en étendue et en profondeur — de l'ischémie sur les nerfs ; puis, comme dans toute ischémie, infarcissement autour du foyer de nécrose, et dans son voisinage, troubles vaso-moteurs : œdème, cyanose, refroidissement, phlyctènes ; thrombose secondaire ; exagération des troubles ; sclérose progressive.*

Tout est dans l'ordre des contusions artérielles. Il se passe là ce qui se passe dans toutes les oblitérations brusques d'une artère. J'ai souvent attiré l'attention sur les contractures en flexion irréductibles de la jambe dans les oblitérations fémorales, en flexion et adduction de la cuisse dans certaines oblitérations iliaques par action sur le psoas, sur le raccourcissement isolé des jumeaux dans certaines oblitérations poplitées. La différence d'âge apporte quelque diversité dans l'évolution. Mais le mécanisme fondamental est identique, et le Volkmann n'est en somme qu'un cas particulier, chez les enfants, du grand chapitre des contusions artérielles.

Mais *qu'en est-il des Volkmann qui surviennent en dehors de l'étiologie très particulière que l'on voit dans les fractures sus-condyliennes ?*

Certaines observations nous indiquent qu'il faut incriminer le spasme pur, au moins dans quelques cas. Lance opère une fillette de 5 ans qui a un Volkmann avec une fracture de la tête du radius. Elle présente en outre une paralysie complète du médian et du cubital à la main. L'anesthésie est totale. Il y a diminution nette du pouls et des oscillations. Au bout de trois mois et demi, Lance intervient. Il trouve une artère humérale petite, indurée, dont la gaine est infiltrée de sang. Il ne voit pas le cubital. Il resèque 4 centimètres d'artère, non oblitérée. Tous les phénomènes paralytiques qui duraient depuis trois mois et demi disparaissent rapidement. Des mouvements de la main, impossibles jusque-là, reviennent dès le sixième jour. La sensibilité fait retour dans le domaine du cubital dès le douzième jour. Au vingtième, la guérison est complète.

Voici donc un spasme constaté après un traumatisme direct de l'artère, sans que la fracture concomitante puisse être en cause. Je sais bien que, dans ce cas, il n'y a pas eu d'examen histologique, mais voici plus précis :

Pierre Lombard (2) observe un syndrome de Volkmann chez un garçon de 5 ans, ayant eu une fracture de l'avant-bras à la partie moyenne, immobilisée en plâtre après huit jours d'extension. Le pouls est normal. Les réactions électriques sont modifiées au niveau de la main, dans le domaine du médian et du cubital. Lombard découvre l'humérale au pli du coude, la trouve petite, sans battement. Il la ponctionne. Elle a du sang. Il injecte du pérabrodil. Aussitôt, la main et les doigts deviennent pâles et froids, le pouls radial disparaît. Dans l'après-midi, la main, les doigts complètement décolorés, cireux, sont glacés et, par moments, douloureux. Le lendemain, même état. Pouls toujours absent. Deux jours plus tard, les pulsations radiales reparaissent. La main se réchauffe. Les clichés pris ne montrent aucune injection du réseau artériel. Désireux de précision, et voulant voir s'il n'a pas commis une faute de technique, Lombard injecte la même dose de pérabrodil dans l'humérale du côté sain. Il se produit une réaction vaso-constrictive passagère. Malgré cela, tout le réseau artériel s'injecte. Il en conclut que, du côté malade, le spasme a eu pour conséquence de ne laisser passer qu'un courant trop mince pour être apparent. Quinze jours après la première intervention, il redécouvre l'humérale. Elle est sans battement. Il l'isole et veut lui enlever son adventice. L'artère se dilate aussitôt jusqu'à doubler de volume, et ses battements deviennent visibles à distance. Il poursuit plus bas l'isolement de l'artère dans la zone cicatricielle de la première intervention. Une collatérale y est coupée. Il ne réussit pas à la lier et résèque 2 centimètres du tronc huméral. Le pouls radial disparaît, la main se refroidit, mais ce refroidissement sans décoloration tégumentaire n'est aucunement comparable à celui qui a suivi l'injection de pérabrodil. Il vérifie qu'à hauteur du foyer de fracture, il n'y a aucune lésion musculaire. Les vaisseaux traversent une zone d'aspect absolument normal. Lombard note dans les jours suivants une amélioration sensible de la motilité de la main et des doigts, mais elle ne progresse plus et il applique une extension continue. L'examen histologique a montré des lésions musculaires dégénératives au niveau de l'avant-bras, et de l'endartérite. Lombard retient de cette observation que, très au-dessus du foyer traumatisé, l'artère était manifestement spasmée, et que ce spasme aboutissait à un véritable arrêt circulatoire produisant une ischémie inquiétante sous l'effet de la pénétration dans l'artère du liquide de contraste. La sympathectomie, dit-il, a modifié totalement l'aspect du vaisseau qui se dilate et bat vigoureusement.

Funck-Brentano (1) et Hepp ont rapporté un fait presque aussi précis. Un enfant de 9 ans 1/2 présente un syndrome de Volkmann après fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus. Il n'y a pas de pouls. Il y a des lésions nerveuses dans le domaine du médian et du cubital. Hepp découvre une humérale spasmée, très grêle, et fait une sympathectomie sur 8 centimètres. Il voit alors l'artère cesser de battre à 2 centimètres de là. Elle est prise dans une gangue scléreuse. Il la coupe en travers au-dessus, sans la réséquer, parce qu'elle est prise dans un bloc cicatriciel. « Sans conteste, dit-il, l'effet de la sympathectomie s'avère vite favorable. » On peut bientôt faire une extension continue sur les doigts et l'enfant guérit complètement. Les auteurs ajoutent : « Il nous semble difficile de ne pas admettre le rôle de cet état spasmodique dans le retentissement distal de la circulation. »

Il y a donc des spasmes purs après certaines contusions artérielles. *Mais en est-il ainsi dans tous les syndromes ischémiques consécutifs à des traumatismes avec ou sans fracture, n'ayant en apparence intéressé aucune artère ?*

L'observation qui suit tend à montrer que là encore, c'est le spasme qu'il faut incriminer. On y voit, en effet, que dans les heures qui suivirent une chute sans fracture, la mère avait remarqué que la main était blanche et froide ; qu'il y eut un fort œdème ; que des troubles vaso-moteurs intenses s'installèrent ; que quand je vis le malade, il n'y avait presque pas de pouls ni à la radiale ni à l'humérale, qu'il n'y avait pour ainsi dire pas d'oscillations, que l'infiltration stellaire améliora sensiblement la situation, qu'une découverte antérieure de l'humérale la montra en vaso-constriction intense.

OBSERV. : *Chute sans fracture. Syndrome de Volkmann progressif. Infiltration stellaire. Désinsertion des fléchisseurs. Sympathectomie humérale. Guérison. Résultat de deux ans.*

Lucien N..., âgé de 6 ans, m'est adressé le 29 octobre 1940, par le docteur Fréchinos, de Mallemort-sur-Corrèze, pour un syndrome de Volkmann. Le 27 juillet, en s'amusant, l'enfant était tombé sur le bras gauche sans que l'on puisse savoir exactement dans quelles conditions. Il pleura longtemps et ne put dormir dans la nuit qui suivit. La mère me raconte qu'elle remarqua que, dans les heures qui suivirent l'accident, *la main était blanche et froide, et les ongles violacés.* Au matin, elle s'était réchauffée. L'enfant fut alors examiné par le docteur Fréchinos, qui nota que le membre était en pronation, que la supination était impos-

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, n° 19, p. 309.

(2) LOMBARD (P.). La réalité du spasme dans un syndrome de Volkmann. *Académie de Chirurgie*, 24 mai 1939.

(1) FUNCK-BRENTANO et HEPP : Le rôle du spasme dans le syndrome de Volkmann. *Académie de Chirurgie*, 13 décembre 1939.

sible, qu'il y avait de l'œdème sur le dos du poignet remontant jusqu'au tiers inférieur du bras, et une douleur exquise à la pression au niveau de l'extrémité inférieure du radius. Pensant à une fracture, il envoya radiographier l'enfant à Brive ; les films ne montrèrent aucune fracture. Trois jours après l'accident, la rétraction des fléchisseurs s'ébauchait. L'œdème était devenu important et il existait une légère ecchymose à la face inférieure du poignet. Songeant toujours à une fracture, le docteur Fréchinos fit faire une nouvelle radiographie qui montra le squelette intact.

Huit jours plus tard, l'œdème avait pratiquement disparu, mais la rétraction tendineuse progressait. Malgré le port d'une planchette d'immobilisation et des bains chauds, elle n'avait fait que s'accentuer et continua. C'est pourquoi l'enfant me fut adressé, trois mois après l'accident.

L'aspect était alors typique : main fléchie à 90 degrés sur l'avant-bras en forte pronation. Supination limitée à 10 degrés. Extension du poignet impossible. Aux doigts, première phalange en extension, les deux autres en flexion extrême, sauf au pouce où la flexion est légère. Lorsqu'on étend le poignet, il est impossible de faire bouger les doigts. Lorsqu'on le fléchit, on peut leur faire faire de légers mouvements d'extension. Il n'existe aucun mouvement possible de latéralité. L'opposition du pouce est impossible. Les mouvements de l'avant-bras sur le bras sont normaux.

Il existe des troubles vaso-moteurs très marqués. La main est rouge violacé. La peau est luisante, froide. Œdème intense de la face dorsale de la main et des doigts. Ongles écailleux et friables.

Le pouls est à peine perceptible à la radiale et à l'humérale. Oscillations presque inexistantes au-dessus du poignet. Elles sont également très faibles du côté opposé, mais je sais que souvent les réactions spasmodiques ont des effets bilatéraux. Au bras, l'amplitude des oscillations est moitié moindre du côté malade que de l'autre.

Les troubles sensitifs sont difficiles à analyser. Il semble qu'il existe une hypoesthésie nette dans le territoire cubital.

L'examen électrique montre une hypoexcitabilité marquée au faradique avec réactions lentes, mais non inversées au galvanique pour les interosseux, l'abducteur du pouce, l'abducteur du petit doigt et les opposants.

Après bain chaud, cette lenteur persiste, très nette encore, mais elle est moins accusée.

La radiographie ne montre aucune lésion osseuse ni au poignet, ni à l'avant-bras, ni au coude, ni à l'humérus.

Le 31 octobre, sous anesthésie au chlorure d'étyle, *infiltration stellaire gauche*, par le docteur Kunlin. Elle provoque un réchauffement immédiat de la main dont la couleur redevient normale. L'infiltration est renouvelée le 2, le 8 et le 12 novembre. Les changements de coloration apportés par chaque infiltration persistent et la main n'est pour ainsi dire plus violacée. L'œdème a considérablement régressé et l'on arrive à mobiliser passivement les doigts sans provoquer les violentes douleurs qui suivaient tout essai de mouvement au début. Les mouvements actifs, par contre, ne sont pas améliorés sensiblement ; aussi je me décide, le 1er décembre, à désinsérer les fléchisseurs. Par une incision à la partie interne du coude, je découvre les attaches épitrochléennes et les libère. Cela ne modifie pas sensiblement les possibilités d'extension des doigts. Je prolonge alors l'incision sur la ligne médiane de l'avant-bras. Je découvre ainsi la terminaison de l'artère humérale et le nerf médian, et trouve au-dessous d'eux un bloc fibreux qui fait corps avec le ligament antérieur du coude. La section de ce bloc paraît améliorer un peu la mobilité des doigts. Immobilisation sur une attelle, poignet en extension, les doigts restant fléchis.

Le 19 décembre, ablation du pansement ; je note que la main reste en extension sans peine dans le prolongement de l'avant-bras, ce qui était impossible avant. Dans cette position, la griffe des doigts est plus souple et j'arrive sans effort à pouvoir étendre les phalanges, sauf celles de l'index. L'avant-bras reste en pronation et la supination est impossible. L'enfant peut faire mouvoir son poignet et commence à mouvoir ses doigts au commandement. La main est chaude sans œdème.

Dans le mois de janvier, il ne se fait que de petits progrès ; aussi je demande à Frieh de pratiquer une sympathectomie humérale qui nous permettra de vérifier l'état de l'humérale. Sous anesthésie générale, il découvre l'artère à la partie moyenne du bras : elle est perméable, mais en nette vaso-constriction. Ablation de l'adventice sur 6 centimètres. Réchauffement consécutif de la main.

Le 29 janvier, je note que l'amélioration est notable : la main se met spontanément dans le prolongement de l'avant-bras, les efforts de supination sont moins pénibles et plus efficients, les doigts sont plus souples, mais ils demeurent fléchis au repos. La main est chaude, un peu moins que l'autre. Elle est rouge vif.

Les progrès semblant se poursuivre, l'enfant est renvoyé chez lui. Je note à ce moment qu'il arrive à étendre complètement les doigts au commandement, sauf le pouce et l'index qui demeurent légèrement fléchis. Le poignet se tient habituellement encore en flexion à 30 degrés, et la main en pronation.

Passivement, on réduit aisément la flexion du pouce et de l'index. On peut les mettre dans la rectitude sans éveiller de douleur. La supination est plus difficile à obtenir et on ne va pas au delà de la position intermédiaire. La main est plus chaude qu'elle n'était à l'arrivée, sans cependant être tout à fait normale. L'exposition au froid ne produit plus de troubles vaso-moteurs.

Le pronostic éloigné semble donc favorable.

En effet, le 17 septembre 1941, le docteur Fréchinos m'écrit que la rétraction des doigts est presque entièrement disparue. Elle ne reparaît guère que quand on met la main en hyperextension. L'enfant se sert de sa main pour tous usages, normalement. La main est de même couleur que l'autre. L'enfant ne se plaint jamais d'y avoir froid.

Le 23 juin 1942, le docteur Fréchinos m'envoie des photographies montrant que le résultat est parfait.

L'observation me semble démonstrative. Il y aurait lieu, désormais, dans des cas de ce genre, de conduire l'enquête minutieusement au point de vue circulatoire, de faire les épreuves du bain chaud et du bain froid. On pourrait aussi faire les artériographies ; mais il faut savoir que, chez les enfants, l'endothélium est hypersensible et que l'injection intra-artérielle peut provoquer une ischémie inquiétante. L'infiltration stellaire immédiate corrige heureusement la vaso-constriction, d'après ce que j'ai vu. En fait, on ne devrait dans ces cas utiliser que le vaso-sélectan qui ne donne pas de réaction.

On devrait aussi employer, comme procédé d'analyse, l'infiltration stellaire qui est un excellent moyen de faire la preuve du spasme, qu'il soit sur la voie principale ou sur les voies collatérales.

Sa réussite prouve, à sa façon, l'importance, dans l'évolution de la maladie, des phénomènes sympathiques secondaires à la contusion ou à la thrombose. A ce titre, les quatre observations de Cahuzac et Maisonabe (1) sont pleines d'intérêt. Ils ont traité des syndromes de Volkmann par des infiltrations stellaires répétées, avec trois guérisons complètes et un demi-échec dû, probablement, à ce que des circonstances, indépendantes de leur volonté, les ont obligés à interrompre le traitement.

Je résume une de leurs observations à titre d'exemple :

J. T..., 6 ans, vu à la Clinique de Chirurgie infantile de Toulouse, quatre mois après une fracture ouverte du cubitus, consolidée, avec syndrome de Volkmann typique : sensibilité diminuée à tous les modes, troubles vaso-moteurs et trophiques, réduction de l'indice oscillométrique. Electriquement, hypoexcitabilité des fléchisseurs à la main. R. D. partielle des petits muscles innervés par le cubital et le médian. Radial normal. Douze infiltrations stellaires sont faites entre le 4 février et le 18 avril 1939. Le 29 avril, *le malade quitte le service, se servant complètement de sa main, avec une extension active presque normale au bras et à l'avant-bras. Il ne reste qu'une simple hypoexcitabilité du médian et du cubital à la main.*

L'enfant est revu à de multiples reprises ; en janvier 1941, soit au bout de deux ans, il est retrouvé complètement guéri, ne gardant de ses accidents ischémiques qu'une légère atrophie globale de la main gauche qui est un peu plus petite que la droite.

En somme, il est possible, sinon probable sous bénéfice d'inventaires ultérieurs, *qu'un simple spasme huméral suffise à provoquer l'ischémie musculaire et nerveuse, surtout chez les enfants.* Dans l'enfance, les réactions vaso-motrices sont faciles et violentes. Chez les enfants, la sympathectomie périartérielle fait contracter une artère beaucoup plus fortement que chez l'adulte. C'est une loi générale. C'est peut-être l'âge et la virginité vasomotrice qui expliquent cette intensité du spasme qui le fait ischémiant.

INFLUENCES DES MANŒUVRES DE RÉDUCTION

Il est possible, au reste, que la contusion de l'artère humérale soit produite au cours des manœuvres de réduction. Celles-ci exigent toujours une certaine force, pour ne pas dire brutalité, eu égard à la fragilité tissulaire. La preuve n'en peut être donnée et Mouchet a eu raison d'innocenter juridiquement les chirurgiens facilement incriminés quand apparaît un syndrome de Volkmann. Mais on est en droit de penser que le spasme peut naître des manœuvres de réduction et on doit toujours examiner le pouls, après comme avant toute manœuvre, et si l'on en constate la disparition, il est mieux, à mon avis, de découvrir l'artère sans plus attendre pour faire la prophylaxie du syndrome ischémique.

---

(1) Cahuzac et Maisonabe : Trois observations de syndromes de Volkmann traités par des anesthésies répétées de ponctions stellaires. *Revue d'Orthopédie*, janvier 1941.

ROLE DE LA MISE EN FLEXION DE L'AVANT-BRAS

En 1926, à l'époque où j'étudiais les causes possibles de l'ischémie dans la maladie de Volkmann, je m'étais demandé si l'attitude en flexion extrême, où l'on immobilisait parfois les fractures du coude, n'avait pas quelque effet fâcheux sur la circulation. Avec l'aide d'un de mes assistants, Miloyevitch (1), je vis que si l'on met en forte flexion l'avant-bras d'un enfant normal, et qu'on le fixe dans cette position par un appareil plâtré, le pouls devient parfois très petit, disparaît presque, et l'indice oscillométrique se réduit considérablement. En somme, la position de forte flexion, et à plus forte raison la flexion forcée, est susceptible de couder, chez l'enfant, une artère normale et d'y restreindre la circulation. Il est possible que, chez certains enfants, les choses puissent aller plus loin et qu'une véritable ischémie se réalise avec les conséquences connues, surtout quand un bandage serré gêne la circulation de retour.

EVOLUTION DU SYNDROME DE VOLKMANN

ARRÊT DE CROISSANCE

Le plus habituellement, le syndrome de Volkmann, abandonné à lui-même, s'aggrave régulièrement et laisse une grave infirmité. J'ai vu des mains mutilées, complètement inutiles au bout de quelques années : doigts en crochet, poignet demi-fléchi, supination impossible. Tous les orthopédistes s'accordent pour considérer le Volkmann comme la plus grave des complications qui puisse survenir après un traumatisme fermé du coude.

En plus de l'habituelle impotence, il y a un arrêt de croissance sur lequel on n'attire pas l'attention. J'ai trouvé 1 centimètre de différence de longueur du cubitus chez une fillette de 4 ans, trois mois et demi après l'accident, et chez un garçon de 5 ans, j'ai mesuré 6 centimètres au bout de 7 ans. Chose difficile à comprendre et qui pose un problème nouveau, l'humérus mesure 2 centimètres de moins que l'os symétrique.

Voici un exemple d'arrêt de développement :

OBSERV. : *Maladie de Volkmann, lésion de l'artère et du nerf médian. Trouble de croissance au bout de sept ans.*

Fich... Claude, à l'âge de 5 ans, s'est fait une fracture diacondylienne aussitôt réduite. Un syndrome de Volkmann s'installe sous plâtre. Dès le lendemain, le 13 août 1936, je vérifie l'état du nerf médian et de l'artère humérale. Le nerf est coupé. Les deux névromes sont excisés et une suture directe est faite. L'artère humérale a été blessée par une esquille figée encore contre elle. Résection du segment thrombosé. Il en résulte un réchauffement de la main, la disparition de la cyanose et un certain retour de la sensibilité.

Le 17 août 1943, donc sept ans plus tard, j'ai l'occasion de réexaminer F... Je trouve l'avant-bras immobilisé en flexion à 90 degrés, la main est en pronation forcée et en flexion palmaire. Il n'y a des mouvements que de très faible amplitude. Les doigts sont immobilisés en flexion des deux dernières phalanges et repliés dans la paume, complètement inutilisables.

Je suis frappé par l'arrêt de développement de la main et de l'avant-bras. La main est toute petite, bien moins développée que l'autre ; l'avant-bras mesure 6 centimètres de moins que celui du côté opposé : 16 centimètres au lieu de 22. L'humérus a 2 centimètres de moins. L'atrophie musculaire est considérable jusqu'à l'épaule. Il n'y a pas de pouls radial ni de pouls huméral au coude, peu de troubles trophiques eu égard aux lésions.

Je demande au docteur Mollaret de vouloir bien examiner Claude. Il me répond que cliniquement le médian, en tant que nerf, n'existe plus. Le cubital et la branche postérieure du radial sont très déficitaires, mais autant du fait de la dégénérescence musculaire que de la dégénérescence nerveuse.

Electriquement, il y a une faible réponse au galvanique dans le domaine des extenseurs, une très faible dans le fléchisseur profond et sur l'adducteur du petit doigt. Les autres muscles innervés par le cubital ne répondent pas. Il n'y a aucune réponse dans le médian.

Bref, la fonction du membre supérieur est pratiquement perdue.

Heureusement, il y a aussi des cas bénins où en quelques mois la récupération se fait, par rétrocession des lésions nerveuses et musculaires. Le pronostic est évidemment commandé surtout par la gravité des lésions nerveuses qu'on ne connaît jamais primitivement. De même, il est difficile de prévoir ce que sera l'évolution des conséquences trophiques de l'ischémie. Il est fréquent qu'elle crée un état de sclérose diffuse qui enserre les muscles de l'avant-bras dans une gangue scléreuse, en envahissant les espaces conjonctifs de la face antérieure. Il en résulte une grande gêne qui peut être définitive.

(1) Ces recherches ont été exposées dans mon rapport de 1927, au Congrès de Chirurgie, sur le S.P.

DE LA SCLEROSE DANS LE SYNDROME DE VOLKMANN

On a cru longtemps qu'il y avait là dans le Volkmann quelque chose de particulier. On avait constaté opératoirement que les nerfs et les artères étaient englobés dans des tissus scléreux, denses, où l'on avait peine à sculpter les organes que l'on voulait dégager. Les muscles eux-mêmes étaient pris dans cette gangue, fusionnant tout, et on avait cru y voir un processus *sui generis* dont, disait Jean Berger, l'origine est dans le muscle.

En fait, cette sclérose est identique à celle que l'on voit au voisinage des plaies des nerfs et des plaies artérielles, dans l'organisation des hématomes, identique à celle que nous allons retrouver au voisinage des thromboses de la maladie de Buerger.

Dans tout Volkmann consécutif à un fracture, il y a hématome et souvent dilacération du muscle brachial antérieur. Il y a, à distance, de petits foyers hémorragiques dans les muscles et le long des nerfs. Parfois, il y a infarcissement. Si l'on n'intervient pas précocement, les hémorragies se résorbent, s'organisent, se réparent, et c'est ainsi que l'artère et le nerf médian se trouvent bientôt englobés dans du tissu conjonctif scléreux. L'ischémie relative et les troubles vaso-moteurs font le reste, en produisant la stase, la cyanose et l'œdème. C'est une vieille notion d'anatomie pathologique que la stase veineuse et la vaso-constriction aident à la sclérose diffuse que les pathologistes de l'Ambulance Océan, à la Panne, Dustin et Sand, nous ont montrée accompagnant l'atrophie musculaire dans les paralysies ischémiques.

Il n'y a là rien de propre au Volkmann. Mais on n'est pas accoutumé de voir pareille évolution chez les enfants. On a souvent signalé dans cette sclérose des ébauches de régénération de la fibre musculaire détruite. Je me rappelle que c'est là un processus normal dans toutes les plaies musculaires que Bier a minutieusement décrit en 1916. Il n'a ici rien de spécial.

TRAITEMENT DES CONTUSIONS DE L'ARTERE HUMERALE PROPHYLAXIE DU SYNDROME ISCHEMIQUE

Etant donné les idées que je viens de développer, le traitement des contusions de l'artère humérale, quelle qu'en soit la symptomatologie première, doit se conformer à la règle de l'intervention immédiate valable pour toutes les contusions artérielles.

Après un traumatisme du coude, de l'avant-bras ou du poignet, avec ou sans fracture, dès que l'on constate la disparition du pouls et des oscillations, on doit, en principe, le plus tôt possible, aller vérifier l'état de l'artère. Mais comme il s'agit souvent de petits enfants, on peut, s'il n'y a pas fracture supracondylienne, essayer, d'abord (je serais tenté de dire toujours), l'infiltration stellaire répétée à la façon de Cahuzac, dont les trois belles observations doivent nous encourager à ces essais. S'il y a fracture, du moment où l'artère paraît touchée, je crois préférable d'intervenir immédiatement. Ceci pour trois raisons :

1° Tout d'abord, parce que certaines constatations opératoires montrent l'artère accrochée aux dentelures du bout diaphysaire, plaquée contre l'os par l'aponévrose intacte, ou en spasme : donc, dans une situation difficile qu'une réduction peut supprimer, mais aussi aggraver ;

2° Ensuite, parce qu'il y a avantage à nettoyer le foyer traumatique et à réduire exactement la fracture. Les opérations précoces ont montré, souvent, une vraie bouillie musculaire et un hématome entre l'artère et l'os. Il vaut mieux faire la mise au net du foyer ;

3° Enfin, parce qu'il est utile de débrider le muscle infarci, s'il y a infarction. La résorption de l'épanchement, de l'hémorragie interstitielle, des débris mortifiés, exige un effort organique considérable qui laisse après elle cette construction conjonctive envahissante qui englobe l'artère et le médian dans des cicatrices dures et étouffantes. Plutôt que d'avoir un jour à sculpter, littéralement, artère et nerf dans un bloc cicatriciel qui ne permet pas toujours de faire ce que l'on voulait, il est certainement préférable de mettre précocement au net le lit artériel et le lit nerveux, d'éviter la protéolyse et l'organisation d'un bloc scléreux en contact d'une artère et d'un nerf, souvent traumatisés tous deux.

Enfin, les interventions précoces permettent quelquefois de découvrir des lésions nerveuses qu'il vaut mieux réparer de suite. J'ai trouvé deux fois le nerf médian coupé et la section avait été méconnue. Dans un de ces cas, un chirurgien d'enfants très distingué, avait rejeté l'idée d'intervention, interprétant les signes cliniques et électriques de paralysie du médian comme un fait d'ischémie. Le nerf était coupé aux deux tiers par le fragment supérieur, et sur plusieurs centimètres enserré dans un bloc très dur de sclérose.

En voici l'observation :

OBSERV. RÉSUMÉE : *Syndrome de Volkmann. Intervention au bout de trois mois : artères filiformes. Humérale interrompue.*

Section du médian. Suture du nerf. Libération de l'artère. Régénération nerveuse. Rétrocession du syndrome. Résultat au bout de quinze mois.

Brigitte D..., âgée de 6 ans, s'est fait une fracture complexe de l'extrémité inférieure de l'humérus gauche, le *12 août 1943*. Impotence totale immédiate de l'avant-bras et de la main. La radiographie montre un double trait : l'un détachant le massif condylien, l'autre intéressant la trochlée. Mise en plâtre immédiate. Quatre jours après, l'avant-bras et le bras étant très œdématiés et douloureux, on change l'appareil après de nouvelles manœuvres de réduction. Le nouveau plâtre est laissé en place un mois et demi. Quand on l'enlève, en dehors de l'enraidissement du coude, on note une impotence complète de la main avec syndrome typique de raccourcissement des fléchisseurs. Il semble, d'après ce que dit la mère, que le Volkmann ait été précoce, mais secondaire. L'enfant a déjà été vue en consultation à Paris, par deux chirurgiens très distingués dont l'un est un éminent spécialiste de la chirurgie infantile ; tous deux ont conseillé de ne rien faire, disant que tout s'arrangerait tout seul. Mais, comme il n'y a aucun progrès et comme la main est, au contraire, de plus en plus froide et violacée, comme les mouvements des doigts sont pratiquement nuls, l'enfant m'est amenée.

Je constate une attitude typique de Volkmann, main tombante, premières phalanges étendues, les autres fléchies. Redressement impossible. Si on relève le poignet, la griffe s'accentue. Toute correction est impossible. Les moindres essais sont douloureux et ne modifient pas la position. Atrophie de la main et de l'avant-bras. Main en pronation. Supination impossible. Doigts froids et violacés. Pouls radial imperceptible.

Au niveau du pli du coude, cicatrice exubérante de 1 centimètre, douloureuse et rouge, sus-jacente au point de passage de l'artère humérale dont on ne peut arriver à sentir les battements jusqu'au tiers inférieur du bras. Il n'y a pas d'oscillations à l'avant-bras. On n'arrive pas à savoir s'il y a des troubles sensitifs.

La radiographie montre que le massif trochléen est déplacé massivement en avant et que son biseau pointe en avant. L'examen électrique montre une réaction de dégénérescence dans le domaine du médian à la main. L'agitation de l'enfant ne permet pas d'avoir plus de précision. Il semble que le médian soit interrompu.

Après quelques infiltrations stellaires destinées à modifier l'état vaso-moteur local, j'interviens le *22 octobre*. Je trouve une humérale filiforme qui se perd dans un bloc cicatriciel très dense, dans lequel entre également le nerf médian. La masse des épitrochléens est blanc verdâtre. On les sculpte dans le tissu fibreux, certainement en névrose aseptique. L'artère est interrompue et le nerf est en sablier, deux renflements étant unis par un étroit tractus fibreux. Il a certainement été déchiré par le fragment osseux sous-jacent. Je le résèque sur 1 centimètre et réunis sans traction les deux fragments par une suture à la soie fine. Le nerf cubital est vérifié. Il est intact. L'artère cubitale est vue. Elle est absolument filiforme, ainsi que la radiale. Le bloc fibreux est si dense que l'on n'y découvre pas le segment inférieur de l'humérale. On met un plâtre qui est laissé huit jours. Quatre infiltrations stellaires sont faites dans le décours post-opératoire. Suites sans particularités.

Le segment de nerf réséqué est examiné par M. Ivan Bertrand. Il s'agit d'une cicatrice fibroïde dans laquelle on identifie quelques fascicules nerveux, dont les tubes de myéline et les cylindraxes sont en dégénérescence granulo-graisseuse très avancée. Un fragment de muscle fléchisseur a été également examiné. Les noyaux du sarcolemme ont disparu, la striation est restée. Nécrose aseptique.

Le *18 novembre*, l'enfant rentre chez elle à Vichy, où elle suit un traitement électrique très régulièrement.

Dans le cours de l'année 1944, elle est revue à deux reprises et subit chaque fois trois infiltrations stellaires. Dès le deuxième mois, il est manifeste que le nerf est en voie de régénération.

L'enfant est revue à différentes reprises et, pour la dernière fois, le *21 janvier 1945*. Je trouve une grande amélioration. La griffe existe encore, mais très diminuée et parfaitement souple. La sensibilité est revenue. Le 5e doigt se relève tout seul jusqu'à la normale. Les autres obéissent à la volonté, mais n'arrivent pas encore à bout de course. Les mouvements du poignet ont beaucoup gagné. Le Volkmann est réduit des deux tiers. Les écartements et rapprochements des doigts se font presque normalement. Les mouvements de flexion des doigts, l'opposition du pouce et de l'index se font bien. Bref, il semble que la régénération du médian soit complète et que la guérison totale soit proche. La main est de bonne température. Si on l'élève un instant, elle blanchit. Il n'y a pas de pouls radial. Je ne trouve aucun trouble trophique. Je mesure une différence de longueur de 1 centimètre entre l'avant-bras droit et le gauche.

Il faut donc, à mon avis, faire une vérification immédiate de l'artère et du nerf médian.

Si l'artère est directement contusionnée, soulevée par un bec osseux, il vaut mieux la réséquer franchement, puisqu'elle est destinée à se thromboser secondairement ; l'observation suivante que j'ai recueillie avec Stulz, où je lui ai conseillé d'opérer et pour lequel je lui servis d'aide, le montre bien :

Observ. : *Syndrome de Volkmann après fracture. Intervention précoce. Libération de l'artère. Guérison constatée au bout d'un an.*

Il s'agissait d'un enfant de 7 ans qui entra à la Clinique de Strasbourg le 1er août 1932, pour une fracture sus-condylienne à grand déplacement. Il n'y avait pas de pouls, ni à la radiale, ni à la cubitale. La main était froide. Une réduction sous anesthésie fut faite immédiatement, suivie d'une application de plâtre. La vérification radiographique ayant montré que la réduction n'avait pas été obtenue, la main restant froide et le pouls n'ayant pas reparu, je conseillai à Stulz de réintervenir pour réduire la fracture et vérifier l'artère.

Le plâtre enlevé, nous vîmes qu'il existait un syndrome de Volkmann typique. Le 2 août, au soir, nous trouvâmes l'artère humérale flasque et deux veines coudées et fortement propulsées en avant par le fragment supérieur, prêtes à se rompre. Après réduction, l'artère s'était remplie et battait. Il persistait bien un anneau de contraction anormal. Je conseillais à Stulz de respecter l'artère. Les résultats de cette intervention furent excellents, à ceci près que l'artère se thrombosa et que les troubles circulatoires persistèrent six mois. Mais dès le quinzième jour, après ablation du plâtre, *l'extension des doigts était complète* et la flexion passive normale. Deux mois plus tard, les doigts étaient activement mobiles, mais le bout des doigts n'atteignait pas encore la paume. La force de flexion était encore réduite. Le 14 janvier 1933, donc au bout de cinq mois, l'enfant se servait de sa main comme avant la fracture. La motilité était parfaite. Il persistait seulement de la cyanose et du refroidissement. J'ai revu cet enfant un an plus tard, intégralement guéri, mais sans pouls radial.

Je ne sais pourquoi Leveuf et Sorrel veulent absolument que cette intervention ait été inutile, se plaisent à dire qu'il y a eu récidive de tous les accidents et que ce fut un échec.

Pour moi, qui ai vu l'enfant avant, qui ai décidé de l'opération, qui y ai assisté comme aide, qui ai revu l'opéré à un an de distance, c'est un résultat magnifique. J'ai rapporté l'observation en détail dans mon livre sur l'artériectomie, et le résumé que j'en donne ici montre bien ce qu'il en fut.

C'était la première fois que l'on intervenait immédiatement sur le signe contusion artérielle et début d'installation du syndrome. Le résultat fut tel que je fus confirmé dans mon idée d'intervention prophylactique dans les cas de fracture supracondylienne avec disparition de pouls et signes vaso-moteurs.

Cette règle, que j'avais déjà proposée en 1927, fut à partir de ce moment enseignée autour de moi, et elle fut appliquée dans ma clinique par Fontaine et Kunlin qui, l'un et l'autre, chacun dans un cas, vérifièrent immédiatement l'artère avant l'apparition de toute contracture ischémique, la libérèrent, réduisirent la fracture et virent leur malade guérir très simplement. Dans le cas de Kunlin, le lendemain de l'accident, l'index était déjà à angle droit, les autres doigts étaient violacés et œdémateux. On peut considérer que des troubles plus graves étaient imminents. La guérison fut complète.

Ces deux observations furent rapportées, en 1936, dans le *Journal de Chirurgie* (1). En 1937, Sorrel accepta le principe de l'intervention tel que je l'avais formulé, tel que Stulz, Fontaine et Kunlin l'avaient appliqué dans mon service, et il en rapportait quatre exemples (2). Je crois la cause gagnée.

Donc, intervention immédiate, vérification du foyer de fracture, libération de l'artère, réduction, ostéosynthèse ou non et artériectomie, s'il y a lieu. Celle-ci doit être précédée ou suivie d'infiltrations stellaires aussi longtemps que nécessaire. Je rappelle que, dans le dernier cas de Cahuzac, il a fallu 17 infiltrations étagées sur deux mois pour que le malade soit considéré comme guéri.

Ce sont, en somme, les indications que doit entraîner toujours et partout le diagnostic de contusion artérielle : intervention directe sur l'artère et méthode sympathique. Dans le cas du Volkmann, il y a là, comme ailleurs, un progrès. Il est sorti directement de l'analyse physio-pathologique des accidents.

Quelques chirurgiens paraissent n'avoir pas compris et enseignent l'inutilité de l'opération.

Je ne les comprends pas. Il n'y a rien à perdre et tout à gagner.

---

(1) Fontaine et Kunlin : Contribution à l'étude du syndrome de Volkmann de cause vasculaire. *Journal de Chirurgie*, t. 48, 2 août 1936. Voyez aussi *Thèse* de Hessloel, Strasbourg, 1937.

(2) Sorrel : Traitement préventif du syndrome de Volkmann. *Académie de Chirurgie*, 16 juin 1937.

ACTUALITÉS

AGE ET TERRAIN

Notre connaissance du terrain en physiologie et en pathologie est bien incomplète encore ; le rôle de celui-ci est important, c'est une notion incontestable, incontestée, et depuis toujours. Mais comment définir le terrain, ses caractères, ses propriétés ; comment déterminer son mode d'influence ? Ce sont là des domaines mal connus, où prospèrent les hypothèses. Les progrès de la physiologie et de la pathologie générales, même depuis qu'il y a des laboratoires et une biologie, nous ont appris trop peu de choses encore. Ce ne sont d'ailleurs que des détails, parfois en contradiction apparente, mais surtout difficiles à relier, des détails aussi dont nous échappe en général l'importance par rapport à l'ensemble.

Néanmoins, qu'il s'agisse de biologie ou de clinique, c'est à rassembler, concilier et classer de tels détails qu'il faut continuer de s'attacher, travail de patience et jeu de patience, aussi.

Un récent article de deux cliniciens belges, MM. Van Lint et Alaerts (1) étudie en particulier « le rôle de l'âge dans la propagation de l'infection » et se limite à peu près complètement à l'étude de la propagation à courte distance des infections, par cheminement ou étalement ; les auteurs font intentionnellement abstraction de ce qui résulte des modifications d'immunité et des changements de résistance des barrières épithéliales auxquels ils attachent, de leur propre aveu, une importance seulement accessoire.

A titre comparatif, tout au moins, ils font état des propagations néoplasiques. Cette assimilation des néoplasies aux infections, si même l'avenir amène à l'écarter, ne nous paraît en l'espèce nullement nuisible à la valeur du raisonnement des auteurs. Quelle que soit la cause première des tumeurs, le terrain, autre élément du problème, demeure.

Il est un fait clinique certain, le rythme, plus rapide chez le sujet jeune que chez le vieillard, de tous les processus, qu'il s'agisse de mort ou de guérison. Non moins nette est la tendance qu'ont chez le vieillard tous les foyers infectieux à se localiser et à s'enkyster.

Il convient cependant, à notre avis, d'élever ici une réserve. Les mécanismes qui interviennent sont évidemment différents lorsqu'on voit sans bruit, mais avec rapidité, la pneumonie du vieillard évoluer vers la mort.

En ce qui concerne les jeunes, les auteurs n'ont que l'embarras du choix parmi les constatations de la clinique quotidienne : rapidité — déjà décrite par Trousseau — de l'extension de la diphtérie ; diffusion rapide de l'infection tuberculeuse, évolution rapide des cancers, fréquence de l'appendicite et de ses complications par propagation de voisinage. Avec cette allure rapide et intensive contrastent, chez le vieillard, la lenteur de la diphtérie à s'étendre dans le pharynx, la chronicité habituelle de la tuberculose, la lenteur, allant parfois jusqu'à une quasi-immobilité, du développement de certaines tumeurs, la rareté de l'appendicite — si même celle-ci existe, en pratique, chez le vieillard.

A ces exemples tirés de la médecine générale, les auteurs en ajoutent quelques-uns, du domaine ophtalmologique, et qui plaident aussi pour leur thèse.

D'abord les paralysies des muscles oculo-moteurs compliquant une infection pétreuse. Le syndrome de Gradenigo comporte, en même temps que la fièvre et les symptômes auriculaires, la paralysie de la VIe paire. Dans quelques cas, les choses vont plus loin et la névrite atteint aussi le moteur oculaire commun. Il s'agit là de faits exceptionnels, mais il est particulièrement à noter que la plupart de ces cas exceptionnels ont été observés chez des enfants.

Les auteurs font état, aussi, d'intéressantes observations personnelles où chez des jeunes, on voit, sans autre motif décelable que l'âge, des blessures de l'œil prendre subitement une évolution grave et que rien jusque-là ne faisait envisager. Dans deux cas, une suppuration de la chambre postérieure de l'œil apparaît subitement, soit après un traumatisme bénin de l'œil, soit après une lésion plus sérieuse mais traitée précocement, avec un succès apparent, dans de bonnes conditions et durant une quinzaine. Dans ces deux cas, l'énucléation rapide dut être pratiquée pour parer à l'ophtalmie sympathique menaçante. Analogues à ces faits personnels aux auteurs, les cas d'ophtalmie sympathique consécutifs aux plaies pénétrantes d'un œil, surtout dans la région ciliaire, ophtalmies qui semblent plus fréquentes chez les jeunes.

Les auteurs font enfin état des strabismes consécutifs à une infection auriculaire dont nous avons parlé plus haut et qui sont particulièrement fréquents entre 3 et 6 ans, âge de prédilection des otites moyennes.

Quittant le domaine de la clinique pour celui de l'expérimentation, les auteurs font remarquer que si dans les laboratoires la coutume s'est établie d'employer des animaux jeunes, ce n'est pas seulement parce qu'une économie bien entendue ne permet pas de laisser vieillir inutilement des animaux, mais parce que les réactions vis-à-vis des produits inoculés sont chez les jeunes plus rapides, plus franches et plus certaine. Là-dessus les auteurs sont d'accord. Certains d'entre eux ont même pu conférer la syphilis à de jeunes chatons, alors que l'animal adulte n'est que peu ou pas réceptif.

C'est la même considération qui, sauf impossibilité, est retenue pour l'obtention de sérums thérapeutiques.

A quoi doit-on attribuer les particularités réactionnelles que nous venons d'esquisser ? Sans doute pas à une immunité, puisqu'on voit en jeu des infections non immunisantes au même titre que les autres ou des infections qui n'ont pas eu le temps ou l'occasion d'engendrer une immunité.

Ce qui pour les auteurs entre en jeu, c'est la constitution même des tissus des jeunes sujets. Ils sont particulièrement riches en eau : 95 à 75 % chez le fœtus, 75 à 70 % du poids total encore chez l'enfant pour n'être plus que de 59 % chez l'adulte et s'abaisser encore dans la vieillesse. Cette déshydratation, qui pour les auteurs, est un des stigmates de la sénescence, retentit inévitablement sur le métabolisme et la défense des tissus et aussi sur la facilité à diffuser de proche en proche des éléments nocifs. Cette eau est contenue dans un tissu conjonctif dont les caractères aussi évoluent avec l'âge et qui tend vers le durcissement et l'apparition de tissu fibreux inerte. C'est le même caractère d'inertie et de résistance mécanique que l'on voit dans les tumeurs à évolution lente et dans celles des vieillards au stroma de la néoformation ; le stroma des tumeurs rapidement extensives et de certaines tumeurs des jeunes sujets présente, au contraire, une plasticité et une richesse en contenu liquide qui s'accorde bien avec les conceptions de MM. Van Lint et Alaerts.

Il faut enfin tenir compte de la grande importance chez le jeune de l'appareil lymphatique qui chez le vieillard tend, au contraire, vers une atrophie croissante. C'est un appareil d'arrêt qui chez le jeune est souvent débordé, au moins dans ses relais avancés. Concurremment, dans l'œdème avoisinant qui apparaît aisément et s'étend souvent plus loin que les apparences ne l'indiquent, les éléments nocifs peuvent diffuser à grande distance en contournant les dispositifs de barrage. C'est là qu'on devrait trouver l'explication des complications à distance survenant rapidement (ophtalmies sympathiques, strabismes secondaires aux otites) et à toutes les aggravations particulières à la jeunesse d'infections primitivement localisées et sans apparence menaçante.

De ces considérations, les auteurs tirent diverses *conclusions* : intérêt, au point de vue biologique, d'employer des animaux jeunes pour l'étude des infections auxquelles leur espèce est normalement réfractaire ou peu sensible.

Importance dans les infections atteignant les jeunes sujets d'un traitement aussi précoce et aussi intense que possible, seul moyen de parer à des complications à distance graves quant à la vie ou quant à la fonction.

Dans le domaine particulier de l'ophtalmologie, enfin, l'énucléation pour ophtalmie sympathique doit être plus précoce chez les sujets jeunes que chez tous autres et l'importance préventive de toutes les mesures de désinfection nasopharyngée ne doit pas être mésestimée.

R. Levent.

(1) *Bruxelles Médical*, 25 juin 1945.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES VETERINAIRES

16 *mai.* — M. Guérineau. — Récolte, conservation et utilisation de la peau de porc.

M. François. — Embryotomie chez la vache avec un appareil à câble souple à double enroulement, à contre-extension réglable par câble et par treuil.

M. Stiesz. — Quelques techniques d'embryotomie du veau dans le cas d'excès de volume.

M. Dartigues. — La lymphangite streptococcique aiguë du cheval. Traitement par les sulfamides.

M. Le Poncin. — Intoxications par quelques cucurbitacées chez les animaux.

24 *mai.* — M. Seris. — Histoire de la production laitière dans les Charentes.

1er *juin.* — M. Lesaffre. — Essais de traitement de la strongylose des chevaux de pur sang par la thiopiphenylamine.

M. Mariotte. — De l'azotémie chez le cheval.

M. Teoran. — Le buffle, animal de boucherie.

19 *juin.* — M. Perruchon. — La pasteurellose du chat. Son danger pour l'homme.

28 *juin.* — M. Leclerc. — Expériences sur l'action acaricide de certaines substances en vue du traitement de l'acariose des abeilles.

M. Coppin. — Dicrocœlium lanceolatum : Anatomie. Biologie. Rôle pathogène.

M. Vieux. — Un nouvel acarien du rat blanc.

M. Cornet. — Du pouvoir acaricide et du pouvoir toxique du terpinéol.

M. Baron. — Des manifestations cliniques dues à la déficience en sels calciques et à l'insuffisance de leur fixation chez le porc.

M. Jye-Jacquot. — Les réactions de floculation dans la brucellose des bovidés.

M. Guy. — La production laitière en Indo-Chine.

M. Poulet. — Contrôle de la pasteurisation basse du lait par l'épreuve de la phosphatase.

3 *juillet.* — M. Legrand. — Anomalies dentaires du chien. Variations des signes de l'âge.

DOCUMENTS OFFICIELS

Ordonnance n° 45-2184 du 24 septembre 1945, relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme

(publiée au *Journal Officiel* du 28 septembre 1945)

EXPOSE DES MOTIFS

Les professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme ont été jusqu'à présent réglées par la loi de 1892. Cette loi, véritable code de ces professions, ne répond plus aux circonstances présentes. Dans le domaine législatif, de nouveaux textes sont intervenus (loi du 21 avril 1933, loi du 26 juillet 1935). Dans le domaine des faits la profession a évolué. Le développement des lois sociales et celui du syndicalisme médical a mis au premier plan des préoccupations la création d'ordres professionnels. Les syndicats, organes de défense professionnelle, ont été amenés à créer, sous forme de « Conseils de famille » de véritables juridictions en matière déontologique, s'appliquant aux syndiqués et s'étendant, dans certains cas, anomalie juridique, aux non syndiqués. Dans ces conditions apparaissait nettement la nécessité de mettre au point un organisme, l'ordre, chargé des questions de discipline et de déontologie.

La question faillit aboutir au Parlement entre 1935 et 1936. Toutefois, lors du début des hostilités, elle n'était pas réglée. L'autorité de fait de Vichy s'arrogea alors le droit de la résoudre, mais les textes successifs qui créèrent les ordres sont contraires à la légalité républicaine et ne peuvent être maintenus. Notamment en ce qui concerne la suppression des syndicats qui aboutissait d'ailleurs à une très fâcheuse confusion : ce n'est pas au même organisme qu'il convient de défendre les intérêts professionnels et d'assurer la discipline de la profession.

Dès Alger, le Gouvernement provisoire de la République française s'est préoccupé de résoudre la question et une ordonnance du 18 octobre 1943 annulait les dispositions de l'autorité de fait tout en maintenant le principe de l'ordre et en séparant son activité de celle des syndicats. Cette ordonnance n'a pas été rendue applicable à la métropole, le Gouvernement se réservant de procéder à une nouvelle consultation des organismes intéressés après la libération.

Le nouveau texte tient compte de l'opinion des représentants qualifiés des trois professions et sera le nouveau code qui, avec l'ordonnance du 15 décembre 1944 rétablissant les syndicats, remplacera la loi de 1892.

Les ordres créés auront la charge de maintenir la discipline et l'honorabilité de chacune des trois professions. Une ordonnance complétera bientôt ce texte, précisant les modalités, leur fonctionnement en matière de litiges créés par l'application de la loi sur les assurances sociales.

Les ordres auront aussi à défendre l'indépendance de la profession. Le but des articles 67 à 69 est d'éviter que des tiers non qualifiés cherchent à s'immiscer dans l'exercice de la médecine ou de l'art dentaire, en facilitant par leurs capitaux ou leur matériel l'exercice de leur profession. Il n'est ni dans leur esprit, ni dans leur lettre de s'opposer au fonctionnement normal d'installations créées par des sociétés mutualistes (cabinets dentaires notamment) dans des buts non lucratifs et sans immixtion dans la vie professionnelle du praticien.

TITRE PREMIER

DE L'EXERCICE DE LA PROFESSION DE MÉDECIN, DE CHIRURGIEN-DENTISTE ET DE SAGE-FEMME

Chapitre premier. — *Des conditions d'exercice de la profession de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme.*

Article premier. — Nul ne peut exercer la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme en France, s'il n'est :

1° Muni du diplôme français d'Etat de docteur en médecine, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme ou bénéficiaire des dispositions transitoires de la loi du 30 novembre 1892 ou des dispositions spéciales aux praticiens alsaciens et lorrains (arrêté du 24 septembre 1919, loi du 13 juillet 1921, loi du 10 août 1924, décret du 5 juillet 1922 ratifié par la loi du 13 décembre 1922, loi du 31 décembre 1924, loi du 8 août 1927) ou aux praticiens sarrois (lois des 26 juillet 1935 et 27 juillet 1937) ;

2° Citoyen ou sujet français ou ressortissant d'un pays placé sous le protectorat de la France ;

3° Inscrit à un tableau de l'ordre des médecins, à un tableau de l'ordre des chirurgiens-dentistes ou à un tableau de l'ordre des sages-femmes.

Toutefois, cette troisième condition ne s'applique pas aux docteurs en médecine et aux chirurgiens-dentistes appartenant au cadre actif du service de santé des armées de terre, de mer ou de l'air et aux médecins et chirurgiens-dentistes fonctionnaires n'ayant pas de clientèle privée.

Art. 2. — Par dérogation aux dispositions des paragraphes 1er et 2 de l'article précédent et sous réserve des dispositions transitoires prévues à l'article 70 ci-après, les médecins et chirurgiens-dentistes étrangers exerçant légalement leur profession en France à la date du 3 septembre 1939 et les sages-femmes étrangères exerçant légalement leur profession en France à la date de la présente ordonnance, sont autorisés à continuer la pratique de leur art.

Art. 3. — Un règlement d'administration publique fixera les conditions dans lesquelles :

1° Les étudiants de nationalité étrangère pourront s'inscrire aux facultés et écoles de médecine en vue de l'obtention du diplôme d'Etat ;

2° Les titulaires d'un diplôme étranger de docteur en médecine, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, ou d'un diplôme français d'université, pourront postuler le diplôme d'Etat ;

3° Afin de tenir compte de la durée légale du service militaire, le délai au terme duquel les étrangers, naturalisés sans avoir accompli leur service militaire, peuvent être autorisés à exercer leur art.

Art. 4. — Les chirurgiens-dentistes ne peuvent prescrire que les médicaments figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre de la santé publique, pris après avis de l'Académie de médecine.

Les sages-femmes ne peuvent employer que les instruments dont la liste est fixée par leur code de déontologie. En cas d'accouchement dystocique ou de suite de couches pathologiques, elles doivent faire appeler un docteur en médecine.

Elles ne peuvent prescrire que les médicaments figurant sur une liste fixée par un arrêté du ministre de la santé publique pris après avis de l'Académie de médecine.

Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations et revaccinations antivarioliques.

Art. 5. — Les internes français des hôpitaux et hospices des villes de facultés et écoles de médecine, nommés au concours et munis de seize inscriptions validées et les étudiants en médecine français ayant vingt inscriptions validées peuvent être autorisés à exercer la médecine en temps d'épidémie ou à titre de remplaçants de docteur en médecine.

Cette autorisation, délivrée par le préfet après avis favorable du Conseil départemental de l'ordre, est limitée à trois mois ; elle est renouvelable dans les mêmes conditions.

Lorsque les besoins de la santé publique l'exigent, le ministre de la santé publique peut, par arrêté, abaisser jusqu'à seize, pour une partie ou la totalité des étudiants en médecine, le nombre des inscriptions nécessaires pour pouvoir bénéficier des dispositions du présent article. L'arrêté fixe le délai pendant lequel il est applicable.

Art. 6. — Les docteurs en médecine, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes sont tenus, dans le mois qui suit leur établissement, de faire enregistrer sans frais leur titre à la préfecture ou sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de leur arrondissement. Le changement oblige à un nouvel enregistrement du diplôme dans les mêmes conditions.

Il en est de même pour les praticiens qui, ayant interrompu

depuis deux ans l'exercice de leur profession, décident de le reprendre.

Il est interdit d'exercer la médecine, l'art dentaire ou la pratique des accouchements sous un pseudonyme.

Les médecins, les chirurgiens-dentistes et sages-femmes ayant droit d'exercer en France ne peuvent donner de consultations dans les locaux ou les dépendances des locaux commerciaux où sont vendus les appareils qu'ils prescrivent ou qu'ils utilisent.

Les infractions aux dispositions des deux précédents alinéas seront punies des peines prévues à l'article 12 ci-dessous.

Art. 7. — Il est établi, chaque année, dans les départements, par les soins des préfets, des listes distinctes des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes, portant pour chacun d'eux les nom, prénoms, la résidence professionnelle, la date et la provenance du diplôme, la date d'inscription au tableau de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes.

Cette dernière mention n'est portée ni pour les médecins du cadre actif du service de santé des armées de terre, de mer et de l'air, ni pour les médecins fonctionnaires n'ayant pas de clientèle privée.

Ces listes sont, chaque année, insérées au Recueil des textes administratifs de la préfecture et affichées, chaque année, au mois de janvier, dans toutes les communes du département. Des copies certifiées conformes sont transmises au ministère de la santé publique, au Conseil national de l'ordre et au Conseil régional intéressé.

Chapitre II. — *De l'exercice illégal des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme.*

Art. 8. — Exerce illégalement la médecine :

1° Toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies ou d'affections chirurgicales, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, ou pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature qui sera fixée par arrêté du ministre de la santé publique pris après avis de l'Académie de médecine, sans être titulaire du diplôme d'Etat de docteur en médecine ou sans être bénéficiaire des dispositions spéciales visées au paragraphe 1er de l'article 1er, à l'article 2, à l'article 5 et à l'article 70 de la présente ordonnance ;

2° Toute personne qui se livre aux activités définies au paragraphe précédent sans être citoyen français, sujet français ou ressortissant d'un pays placé sous le protectorat français ou sans appartenir à la catégorie de médecins étrangers visée à l'article 2 de la présente ordonnance ;

3° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées aux paragraphes précédents, à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente ordonnance ;

4° Tout docteur en médecine qui exerce la médecine sans être inscrit à un tableau d'ordre des médecins institué conformément au titre II de la présente ordonnance ou pendant la durée de la peine d'interdiction temporaire prévue à l'article 36, à l'exception des personnes visées à l'article 1er, dernier alinéa, de la présente ordonnance.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux étudiants en médecine, ni aux sages-femmes, ni aux infirmiers ou garde-malades qui agissent comme aides d'un docteur en médecine ou que celui-ci place auprès de ses malades.

Art. 9. — Exerce illégalement l'art dentaire :

1° Toute personne qui, non munie du diplôme d'Etat de docteur en médecine ou de diplôme de chirurgien-dentiste et n'étant pas bénéficiaire des dispositions transitoires et spéciales, comme il est dit à l'article 8 ci-dessus, prend part, habituellement ou par direction suivie, à la pratique de l'art dentaire :

2° Tout dentiste qui prend part, habituellement ou par direction suivie, à la pratique de l'art dentaire sans être citoyen français, sujet français ou ressortissant d'un pays placé sous le protectorat de la France ou sans appartenir à la catégorie des praticiens étrangers visée aux articles 1er et 2 de la présente ordonnance ;

3° Tout dentiste qui, muni d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées aux paragraphes précédents du présent article, à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente ordonnance ;

4° Tout dentiste qui exerce l'art dentaire sans être inscrit au tableau de l'ordre des chirurgiens-dentistes institué par l'article 48 ci-après ou pendant la durée de la peine d'interdiction temporaire prévue aux articles 36 et 52 ci-après, à l'exception des personnes visées à l'article 1er, dernier alinéa, de la présente ordonnance.

Art. 10. — Exerce illégalement la pratique des accouchements :

1° Toute personne qui, non munie du diplôme d'Etat de docteur en médecine ou de sage-femme et n'étant pas bénéficiaire des dispositions transitoires ou spéciales, comme il est dit à l'article 8 ci-dessus, pratique habituellement des accouchements ;

2° Toute sage-femme qui pratique habituellement des accouchements sans être citoyenne ou sujette française ou ressortissante d'un pays placé sous le protectorat de la France, à moins qu'elle n'ait obtenu son diplôme avant la date de la présente ordonnance ;

3° Toute sage-femme qui pratique habituellement des accouchements sans être inscrite au tableau de l'ordre des sages-femmes institué par l'article 55 ci-après ou pendant la période d'interdiction temporaire prévue aux articles 36 et 58 ci-après, à l'exception des sages-femmes fonctionnaires n'ayant pas de clientèle privée.

Art. 11. — Les infractions prévues et punies par la présente ordonnance sont, à l'exception des peines disciplinaires, poursuivies devant la juridiction correctionnelle.

En ce qui concerne spécialement l'exercice illégal de la médecine, de l'art dentaire ou de la pratique des accouchements, les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes, les Conseils de l'ordre et les syndicats intéressés pourront saisir les tribunaux par voie de citations directes, données dans les termes de l'article 182 du code d'instruction criminelle sans préjudice de la faculté de se porter, s'il y a lieu, partie civile, dans toute poursuite de ces délits intentés par le ministère public.

Art. 12. — L'exercice illégal de la profession de médecin ou de chirurgien-dentiste est puni d'une amende de 12.000 à 60.000 francs, et, en cas de récidive, d'une amende de 60.000 à 120.000 francs et d'un emprisonnement de six jours à six mois, ou de l'une de ces deux peines seulement. Pourra, en outre, être prononcée la confiscation du matériel ayant permis l'exercice illégal.

L'exercice illégal de la profession de sage-femme est puni d'une amende de 6.000 à 12.000 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 12.000 à 60.000 francs et d'un emprisonnement de six jours à six mois ou de l'une de ces deux peines seulement. Pourra, en outre, être prononcée la confiscation du matériel ayant permis l'exercice illégal.

Art. 13. — Il est interdit à toute personne ne remplissant pas les conditions requises pour l'exercice de la profession de recevoir, en vertu d'une convention, la totalité ou une quote-part des honoraires ou des bénéfices provenant de l'activité professionnelle d'un médecin ou d'un chirurgien-dentiste. Toute infraction aux présentes dispositions sera punie des peines portées à l'article précédent.

Art. 14. — L'usurpation du titre de docteur en médecine, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme est puni des peines prévues à l'article 259 du Code pénal.

Est considéré comme ayant usurpé le titre français de docteur en médecine quiconque, se livrant à l'exercice de la médecine, fait précéder ou suivre son nom du titre de docteur en médecine sans en indiquer la nature ou préciser qu'il s'agit d'un titre étranger ou d'un diplôme français d'université.

Art. 15. — Quiconque exerce la médecine, l'art dentaire ou la pratique des accouchements sans avoir fait enregistrer son diplôme dans les délais et conditions fixés à l'article 6 de la présente ordonnance, sera puni d'une amende de 5.000 à 12.000 francs.

Art. 16. — Tout docteur en médecine est tenu de déférer aux réquisitions de l'autorité publique sous les peines portées à l'article précédent.

Art. 17. — Lorsqu'un médecin, ou chirurgien-dentiste, ou une sage-femme aura été condamné par une juridiction pénale pour tout autre fait qu'un crime ou délit politique, le Conseil régional de l'ordre pourra prononcer, s'il y a lieu, à son égard, dans les conditions de l'article 37 ci-après, une des sanctions prévues à l'article 36.

En vue d'assurer l'application des dispositions du précédent alinéa, l'autorité judiciaire avisera obligatoirement et sans délai le Conseil national de l'ordre intéressé de toute condamnation, devenue définitive, de l'un des praticiens visés ci-dessus, y compris les condamnations prononcées à l'étranger.

Art. 18. — Tout médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme qui aura fait une fausse déclaration en vue de son inscription au tableau de l'ordre, sera puni d'une amende de 12.000 à 30.000 francs et d'un emprisonnement de un à trois mois ou de l'une de ces deux peines seulement.

TITRE II

DE L'ORGANISATION DE LA PROFESSION MÉDICALE ET DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Art. 19. — Il est institué un ordre national des médecins groupant obligatoirement tous les médecins habilités à exercer leur art en France et en Algérie.

L'ordre des médecins veille au maintien des principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine et à l'observation, par tous ses membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le code de déontologie prévu à l'article 66 de la présente ordonnance.

Il assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale.

Il peut organiser toutes œuvres d'entr'aide et de retraite pour ses participants.

Il accomplit sa mission par l'intermédiaire des Conseils départementaux, des Conseils régionaux et du Conseil national de l'ordre.

CHAPITRE PREMIER. — *De l'inscription aux tableaux départementaux de l'ordre*

Art. 20. — Les docteurs en médecine qui exercent dans un département sont inscrits dans les formes indiquées ci-après sur un tableau établi et tenu à jour par le Conseil départemental de l'ordre visé à l'article 22 de la présente ordonnance. Ce tableau est déposé à la préfecture ainsi qu'au parquet du tribunal. Dans le courant du mois de janvier de chaque année, il est publié conformément à l'article 7 ci-dessus.

Nul ne peut être inscrit sur ce tableau s'il ne remplit pas les conditions requises par la présente ordonnance.

Un médecin ne peut être inscrit que sur un seul tableau qui est celui du département où se trouve sa résidence professionnelle sauf dérogations prévues par le code de déontologie.

Art. 21. — Le premier tableau de l'ordre constitué en exécution de la présente ordonnance sera établi par les soins du préfet, dans le mois qui suivra la publication de celle-ci.

Tout médecin remplissant les conditions requises par la présente ordonnance à la date de celle-ci qui n'aurait pas été inscrit d'office dans ce premier tableau de l'ordre, aura le droit d'adresser une demande d'inscription au préfet qui sera tenu de réparer cette omission.

Art. 22. — Hors le cas prévu au deuxième alinéa de l'article 21 ci-dessus, les demandes d'inscription au tableau de l'ordre sont adressées par les intéressés au Conseil de l'ordre du département dans lequel ils se proposent d'exercer ; elles sont accompagnées du diplôme de docteur en médecine en original ou en copie certifiée.

Le Conseil départemental de l'ordre prononce l'inscription au tableau après avoir vérifié les titres du demandeur et obtenu communication de l'extrait de son casier judiciaire n° 3.

Il refuse cette inscription si le demandeur ne remplit pas les conditions nécessaires de moralité et d'indépendance.

Le Conseil départemental de l'ordre doit statuer dans un délai maximum de deux mois à compter de la réception de la demande.

Le délai de deux mois est prolongé lorsqu'il est indispensable de procéder à une enquête hors de la France continentale. L'intéressé en sera, dans ce cas, avisé.

Dans la semaine qui suit la décision du Conseil, celle-ci est notifiée par lettre recommandée à l'intéressé. En cas de refus d'inscription, la décision doit être motivée.

Chaque inscription au tableau est notifiée sans délai au préfet du département, au procureur de la République et au Conseil national de l'ordre.

Art. 23. — En cas de refus d'inscription, le requérant pourra déférer l'avis motivé du Conseil départemental de l'ordre au Conseil régional dans le délai de deux mois à dater de la notification. Le défaut de décision dans le délai imparti est considéré comme une décision de refus qui donne lieu aux mêmes recours.

Appel pourra être fait de la décision du Conseil régional devant le Conseil national par le médecin intéressé ou par le Conseil départemental.

Art. 24. — L'inscription à un tableau de l'ordre rend licite l'exercice de la médecine sur tout le territoire national.

En cas de changement de résidence professionnelle hors du département, l'intéressé doit demander à être inscrit au tableau de l'ordre du département de la nouvelle résidence. Il est provisoirement autorisé à exercer la médecine, en attendant que le Conseil ait statué sur son cas.

CHAPITRE II. — *Des Conseils départementaux de l'ordre*

Art. 25. — Dans chaque département, il est institué un Conseil départemental de l'ordre des médecins.

Celui-ci est composé d'un nombre variable de membres suivant le nombre des médecins inscrits au dernier tableau publié. Le Conseil départemental comporte neuf membres si le nombre des médecins inscrits au tableau est inférieur à cent, et douze si ce nombre est supérieur à cent. Dans le département de la Seine, le Conseil de l'ordre compte vingt-quatre membres.

Art. 26. — Les membres du Conseil départemental de l'ordre sont élus par l'assemblée générale des médecins inscrits au tableau.

Seuls sont éligibles, sous réserve des dispositions de l'article 63 ci-dessous, les médecins possédant la nationalité française, âgés de 30 ans révolus et inscrits au tableau de l'ordre depuis au moins trois ans.

L'élection est faite à la majorité des membres présents ou ayant voté par correspondance.

Les membres du Conseil sont élus pour six ans. Le Conseil est renouvelable par tiers tous les deux ans. Pour les quatre premières années de l'institution de l'ordre, les membres sortants seront désignés par le sort.

Les membres du Conseil sont rééligibles. Le Conseil de l'ordre élit son président tous les deux ans après renouvellement du tiers du Conseil.

L'inspecteur de la santé du département assiste aux séances du Conseil départemental, avec voix consultative.

Le Conseil départemental peut se faire assister d'un conseiller juridique.

Art. 27. — Des membres suppléants également renouvelables par tiers tous les deux ans sont élus dans les mêmes conditions que les membres titulaires et au cours du même scrutin, à raison de trois pour les conseils qui comptent neuf membres, de six pour ceux qui comptent douze membres et de neuf pour le département de la Seine.

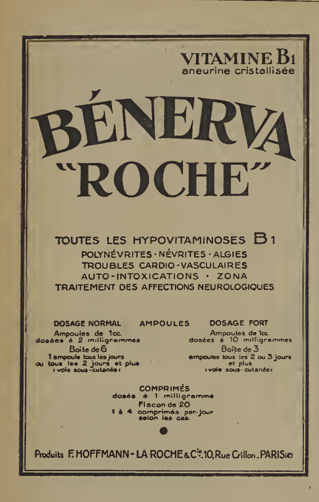
Ces membres suppléants sont destinés à remplacer les membres titulaires qui viendraient à cesser leurs fonctions pour une cause quelconque, avant la fin de leur mandat. Lorsqu'ils entrent au Conseil de l'ordre, les membres suppléants suivent, au point de vue de la durée de leurs fonctions, le sort qu'auraient eu les membres qu'ils ont remplacés. Les membres suppléants sont rééligibles.


TRAITEMENT
DES ANÉMIES
ET DES
DÉFICIENCES
NEURO-
ORGANIQUES
SOJAMINOL, complexe d'acides aminés : histidine, tryptophane, extrait du SOJA, riche en vitamines naturelles du groupe B associé aux gluconates de Fer et de Cuivre et à un neurotonique atoxique de synthèse : l'Ambotalyl.
MODE D'EMPLOI :
Adultes : 2 comprimés à chacun des trois repas.
Enfants : 2 comprimés à chacun des deux principaux repas.
SOJAMINOL
COMPRIMÉS
LABORATOIRE
du NEUROTENSYL
72, Bd Davout - PARIS (20e)


Opocarbyl
CHARBONS
ANIMAL - VÉGÉTAL - ACTIVÉ
UROTROPINE
BENZO - NAPHTOL
EXTRAITS
OPOTHÉRAPIQUES
FOIE - BILE
ENTÉROKINASE
Infections
Intestinales
LA DÉESSE O.1
LABORATOIRES ROUX. 60, ROUTE DE CHATILLON. MALAKOFF (Seine)


SYMPATHYL


ARCUEIL
INNOVATIONS
innothéra
THÉRAPEUTIQUES
(SEINE)


VITAMINE B1
aneurine cristallisée
BÉNERVA
"ROCHE"
TOUTES LES HYPOVITAMINOSES B1
POLYNÉVRITES · NÉVRITES · ALGIES
TROUBLES CARDIO-VASCULAIRES
AUTO-INTOXICATIONS · ZONA
TRAITEMENT DES AFFECTIONS NEUROLOGIQUES
DOSAGE NORMAL
AMPOULES
DOSAGE FORT
Ampoules de 1cc. dosée à 2 milligrammes
Boite de 6
1 ampoule tous les jours ou tous les 2 jours et plus (voie sous-cutanée)
Ampoules de 1cc. dosées à 10 milligrammes
Boite de 3
ampoules tous les 2 ou 3 jours et plus (voie sous-cutanée)
COMPRIMÉS
dosés à 1 milligramme
Flacon de 20
1 à 4 comprimés par jour selon les cas.
Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie. 10, Rue Crillon. PARIS (4e)


AFFECTIONS SAISONNIÈRES DES VOIES RESPIRATOIRES SUPERIEURES
CORYZA
RHUME DES FOINS
TRACHÉO-BRONCHITE
cèdent rapidement grâce à la
SYNERGIE MÉDICAMENTEUSE
ANTIDYSPNÉIQUE & DÉCONGESTIVE
réalisée par la
CORYPHÉDRINE
ASPIRINE + SANÉDRINE
Acide acétylsalicylique
Chlorydrate d'Éphédrine Lévogyre
SOUS FORME DE COMPRIMÉS RENFERMANT
ASPIRINE : 0.GR.50
SANÉDRINE : 0.GR.015
Tube de 20 comprimés
1 à 4 comprimés par 24 heures en prises espacées
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
21, Rue Jean Goujon · PARIS


OXYURYL


VIOLET DE GENTIANE

Art. 28. — L'assemblée générale appelée à élire le premier Conseil de l'ordre sera réunie par les soins du préfet dans les trois mois qui suivront la publication de la présente ordonnance. Elle sera composée de tous les médecins inscrits au tableau prévu par l'article 21.

En vue de la constitution des premiers Conseils régionaux et du premier Conseil national, chaque Conseil départemental, dès sa première séance, devra procéder à la désignation de ses délégués au Conseil régional correspondant. Il devra également s'entendre avec les Conseils départementaux de la même région sanitaire pour la désignation du ou des délégués au Conseil national.

Art. 29. — Après chaque élection, le procès-verbal de l'élection est notifié sans délai au Conseil régional, au Conseil national, au préfet, au ministre de la santé publique.

Les élections peuvent être déférées au Conseil régional par les médecins ayant droit de vote et par le préfet dans le délai de quinze jours. Ce délai court pour les médecins du jour de l'élection et pour le préfet de la date à laquelle le procès-verbal de l'élection lui a été notifié.

Art. 30. — Le Conseil départemental de l'ordre exerce, dans le cadre départemental et sous le contrôle du Conseil national, les attributions générales de l'ordre des médecins, énumérées à l'article 19 ci-dessus.

Les délibérations du Conseil départemental de l'ordre ne sont pas publiques.

En cas de partage égal des voix, le président a voix prépondérante.

Il statue sur les inscriptions au tableau.

Il autorise le président de l'ordre, à ester en justice, à accepter tous dons et legs à l'ordre, à transiger ou compromettre, à consentir toutes aliénations ou hypothèques et contracter tous emprunts.

En aucun cas, il n'a à connaître des actes, des attitudes, des opinions politiques ou religieuses des membres de l'ordre.

Il peut créer avec les autres Conseils départementaux et sous le contrôle du Conseil national de l'ordre des organismes de coordination.

Art. 31. — Le Conseil départemental n'a pas de pouvoir disciplinaire. Au cas où des plaintes sont portées devant lui contre les médecins, il les transmet au Conseil régional avec un avis motivé.

Art. 32. — Le président représente l'ordre dans tous les actes de la vie civile. Il peut déléguer tout ou partie de ses attributions à un ou plusieurs membres du Conseil.

Chapitre III. — *De la discipline et des Conseils régionaux*

Art. 33. — Un Conseil régional des médecins est institué pour chaque région sanitaire et exerce, au sein de l'ordre des médecins, la compétence disciplinaire en première instance.

Le Conseil régional est composé de huit délégués des Conseils départementaux, chaque Conseil départemental désigne un, deux ou trois délégués, selon le nombre des départements compris dans la région, les sièges restants étant attribués aux départements qui comptent le plus de médecins, à raison d'un par département. Il devra être désigné un suppléant par délégué.

Pour la région sanitaire de Paris, le Conseil régional compte un délégué du Conseil départemental de Seine-et-Marne, deux délégués du Conseil départemental de Seine-et-Oise et cinq délégués du Conseil départemental de la Seine.

Sont adjoints au Conseil régional, avec voix consultative :

Le directeur général de la santé et de l'assistance, représentant le ministre de la santé publique ;

Un professeur de la faculté ou à défaut de l'école de médecine de la région désigné par le ministre de l'éducation nationale ;

Le médecin contrôleur régional des assurances sociales, représentant le ministre du travail.

Art. 34. — Le Conseil régional peut être saisi par le Conseil national ou par les Conseils départementaux de l'ordre ou les syndicats de médecins de son ressort, qu'ils agissent de leur propre initiative ou à la suite de plaintes. Il peut également être saisi par le ministre de la santé publique, par le directeur régional de la santé et de l'assistance, par le préfet, par le procureur de la République ou par un médecin inscrit au tableau de l'ordre.

Art. 35. — Les médecins chargés d'un service public et inscrits au tableau de l'ordre ne peuvent être traduits devant le Conseil régional, à l'occasion des actes de leur fonction publique, que par le ministre de la santé publique, le directeur régional de la santé et de l'assistance ou le procureur de la République.

Art. 36. — Le Conseil régional peut soit sur la demande des parties, soit d'office, ordonner une enquête sur les faits dont la constatation lui paraîtrait utile à l'instruction de l'affaire. La décision qui ordonne l'enquête indique les faits sur lesquels elle doit porter et décide, suivant le cas, si elle aura lieu devant le Conseil ou devant un membre du Conseil qui se transportera sur les lieux.

Les peines disciplinaires que le Conseil régional peut appliquer sont les suivantes :

L'avertissement ;

Le blâme ;

L'interdiction temporaire ou permanente d'exercer une, plusieurs ou la totalité des fonctions médicales conférées ou rétribuées par l'Etat, les départements, les communes, les établissements publics, les établissements reconnus d'utilité publique ou des fonctions médicales accomplies en application des lois sociales ;

L'interdiction temporaire d'exercer la médecine, cette interdiction ne pouvant excéder trois années ;

La radiation du tableau de l'ordre.

Les deux premières de ces peines comportent en outre la privation du droit de faire partie du Conseil départemental, du Conseil régional ou du Conseil national de l'ordre pendant une durée de trois ans ; les suivantes, la privation de ce droit à titre définitif. Le médecin radié ne peut se faire inscrire à un autre tableau de l'ordre. La décision qui l'a frappé est portée à la connaissance des autres Conseils départementaux et du Conseil national dès qu'elle et devenue définitive.

Le praticien frappé d'une sanction disciplinaire est tenu au payement des frais résultant de l'action engagée devant la juridiction professionnelle.

Art. 37. — Aucune peine disciplinaire ne peut être prononcée sans que le médecin en cause ait été entendu ou appelé à comparaître dans un délai de huitaine.

Si le médecin est domicilié en dehors de la circonscription de l'ordre où il exerce sa profession, les délais de comparution et de notification prévus par le présent article et les articles suivants seront fixés conformément aux articles 73 et 1033 du Code de procédure civile.

Le médecin mis en cause peut se faire assister d'un défenseur, médecin ou avocat inscrit au barreau. Il peut exercer devant le Conseil régional de même que devant le Conseil national le droit de récusation dans les conditions des articles 378 et suivants du Code de procédure civile.

Le Conseil régional tient un registre de ses délibérations.

A la suite de chaque séance, un procès-verbal est établi ; il est approuvé et signé par les membres du Conseil. Des procès-verbaux d'interrogatoire ou d'audition doivent être également établis, s'il y a lieu, et signés par les personnes interrogées.

Art. 38. — Les décisions du Conseil régional doivent être motivées. Elles sont notifiées au président du Conseil départemental de l'ordre intéressé, qui les notifie lui-même dans les dix jours au médecin qui en a été l'objet. Elles sont également notifiées dans le même délai au préfet et au procureur de la République. Dans tous les cas, les décisions sont notifiées au Conseil national de l'ordre.

Art. 39. — Si la décision a été rendue sans que le médecin mis en cause ait comparu ou se soit fait représenter, celui-ci peut faire opposition dans le délai de cinq jours à compter de la notification faite à sa personne par lettre recommandée avec accusé de réception. Lorsque la notification n'a pas été faite à sa personne le délai est de trente jours à partir de la notification à sa résidence professionnelle et par ministère d'huissier. L'opposition est reçue par simple déclaration au secrétariat du Conseil qui en donne récépissé.

Chapitre IV. — *Du Conseil national de l'ordre*

Art. 40. — Il est institué un Conseil national de l'ordre des médecins composé :

1° De vingt-quatre membres élus pour six ans à la majorité

par les Conseils départementaux de chaque région sanitaire, à raison d'un membre par région, les autres membres étant élus par le Conseil départemental de la Seine ;

2° D'un membre de l'Académie de médecine désigné par ses collègues.

Le Conseil national est renouvelable par tiers tous les deux ans après tirage au sort des membres sortants en ce qui concerne les deux premiers renouvellements.

Il élit son premier président tous les deux ans ; le président et les conseillers sont rééligibles.

Sont adjoints au Conseil national avec voix consultative trois médecins représentant les ministres de la santé publique, de l'éducation nationale et du travail.

Art. 41. — Le Conseil national est assisté par un conseiller d'Etat nommé en même temps qu'un conseiller d'Etat suppléant par le garde des sceaux, ministre de la justice, avec voix délibérative.

A sa première réunion et à la première réunion qui suit chaque renouvellement, le Conseil national élit en son sein huit membres qui constituent, avec le Conseil d'Etat désigné à l'alinéa précédent et sous sa présidence, une section disciplinaire. Les membres sortants sont rééligibles.

Art. 42. — Le Conseil national de l'ordre remplit sur le plan national la mission définie à l'article 19 de la présente ordonnance, notamment il veille à l'observation, par tous les membres de l'ordre, des devoirs professionnels et des règles édictées par le Code de déontologie prévu à l'article 66. Il étudie les questions ou projets qui lui sont soumis par le ministre de la santé publique.

Art. 43. — Le Conseil national fixe le montant des cotisations à percevoir par les Conseils départementaux et la quotité à verser aux Conseils régionaux et au Conseil national. Les cotisations sont obligatoires sous peine de sanctions par le Conseil régional.

Le Conseil national gère les biens de l'ordre et peut créer ou subventionner des œuvres intéressant la profession médicale ainsi que des œuvres d'entr'aide ou de retraite. Il surveille la gestion des Conseils départementaux, qui doivent l'informer de la création et de la gestion de tous organismes dépendant de ces Conseils, à quelque titre que ce soit.

Art. 44. — Par sa section disciplinaire, le Conseil national reçoit les appels des décisions des Conseils régionaux de discipline.

L'appel est introduit par une déclaration au secrétariat du Conseil national. Cette déclaration doit être faite par le procureur de la République, le préfet, le directeur régional ou le ministre, dans les trente jours de la décision ; par le médecin ou le Conseil départemental de l'ordre intéressé ou le syndicat des médecins dans les six jours de la notification qui leur a été donnée, en cas de décision par défaut dans les dix jours qui suivent l'expiration de délai d'opposition.

L'appel a un effet suspensif. L'arrêt d'appel doit être rendu dans les deux mois.

Les décisions rendues par la section disciplinaire du Conseil national, en matière disciplinaire, ne sont susceptibles de recours que devant le Conseil d'Etat, dans les conditions de droit commun.

Chapitre V. — *Des autres actions et de la revision*

Art. 45. — L'exercice de l'action disciplinaire ne met obstacle :

1° Ni aux poursuites que le ministère public ou les particuliers peuvent intenter devant les tribunaux répressifs dans les termes du droit commun ;

2° Ni aux actions civiles en réparation d'un délit ou d'un quasi-délit ;

3° Ni à l'action disciplinaire devant l'administration dont dépend le médecin fonctionnaire ;

4° Ni aux instances qui peuvent être engagées contre les médecins en raison des abus qui leur seraient reprochés dans leur participation aux soins médicaux prévus par les lois sociales.

Art. 45. — Après qu'un intervalle de trois ans au moins se sera écoulé depuis une décision définitive de radiation du tableau, le médecin frappé de cette peine pourra être relevé de l'incapacité en résultant par une décision du Conseil régional qui a prononcé la sanction. La demande sera formée par une requête adressée au président du Conseil départemental de l'ordre intéressé.

Lorsque la demande aura été rejetée après examen du fond, elle ne pourra être représentée qu'après un nouveau délai de trois années.

Suivent trois titres :

Le Titre III traite de l'organisation de la profession dentaire et de l'ordre des chirurgiens-dentistes.

Le Titre IV traite de l'organisation de la profession de sage-femme et de l'ordre des sages-femmes.

Enfin le Titre V, qui termine l'ordonnance, est consacré à quelques dispositions générales.

ANALYSES

Le traitement des tumeurs cérébrales. Echecs. Succès. Perspectives d'avenir. Paul van Gehuchten (*Bruxelles Médical*, 13 mai 1945).

Dès maintenant ce traitement est, avant tout, chirurgical ; sauf cas exceptionnels, la radiothérapie n'est qu'accessoire.

La première condition du succès est l'exactitude dans le diagnostic du siège ; ensuite vient le diagnostic de nature de la tumeur ; dans 42 % des cas, il s'agit de gliomes, divers de variété. De ces éléments ont peut tirer un premier aperçu pronostique.

Parmi les causes d'échec la malignité de la tumeur avant tout, en second lieu sa localisation et le moment où est décidée l'intervention sont surtout à retenir.

Les méningiomes encapsulés, les neurinomes de l'acoustique sont devenus actuellement plus aisément abordables ; de même les tumeurs hypophysaires.

Le travail d'équipe spécialisée, en installation spécialisée est naturellement d'une absolue nécessité.

R. L.

Quelques remarques sur les rapports entre la soi-disant artériosclérose et le vieillissement. S. Hirsch (*Bruxelles Médical*, 13 mai 1945).

Pour l'auteur le vieillissement de l'organisme n'est pas le vieillissement d'un organe ou d'un système d'organes mais un changement de structure et de fonctions de l'organisme tout entier même si les manifestations en prédominent sur un organe ou un système. L'artério-sclérose doit en être distinguée. Elle est due à des facteurs mécaniques et toxiques, à des troubles du métabolisme qui agissent de façon continue. Ni du point de vue clinique ni du point de vue anatomopathologique, on ne peut la considérer comme une maladie de la vieillesse.

Il paraît bien plutôt s'agir d'une manifestation pathologique de la civilisation inhérente à la manière contemporaine de vivre. Le vieillissement, au contraire, est un processus naturel nullement contradictoire avec la santé.

R. L.

INTERETS PROFESSIONNELS

La réorganisation des assurances sociales

A la veille de la publication de l'ordonnance sur l'organisation de la sécurité sociale, ordonnance qui n'entrera en vigueur que le 1er juillet 1946, M. Parodi, ministre du Travail, a tenu à donner quelques explications à la presse sur le fonctionnement actuel des A. S.

Un certain nombre de mesures sont prévues portant sur l'organisation générale des assurances sociales (remplacement des caisses privées par une caisse unique, gestion des assurances par les assurés eux-mêmes, incorporation des accidents du travail garantis jusqu'ici par les assurances privées, etc.).

D'autres modifications sont envisagées, en particulier l'extension obligatoire de l'assurance à tous les salariés. Les assurés qui gagnent plus de 120.000 francs par an ne cotiseront que pour cette somme.

La très importante question des soins médicaux sera envisagée sous différents aspects :

Tarifs médicaux. — Ces tarifs seront établis par une convention entre les syndicats médicaux et les caisses d'assurances sociales, sous la réserve de l'approbation d'une commission nationale mixte. Le remboursement sera intégral sous réserve, cependant, d'une retenue « modératrice » de 20 %. Dans certains cas, les interventions chirurgicales pourront être remboursées intégalement.

Maladies de longue durée. — Les assurés auront droit aux soins pendant trois ans (au lieu de six mois), ce qui permettra de soigner les tuberculeux. Le ministre prévoit encore une indemnité journalière de rééducation professionnelle en faveur des malades guéris.

Vieillesse. — L'assurance vieillesse sera de 20 % du salaire moyen des dix dernières années à 60 ans et de 40 % à 65 ans. La retraite des vieux travailleurs reste inchangée.

En attendant les observations que ne manqueront pas de faire — à l'usage — nos confrères, il est une remarque qui s'impose immédiatement.

Les caisses ont longtemps accusé les médecins de compromettre par leurs exigences l'équilibre financier de la lourde machine des assurances sociales. Or, le ministre lui-même a fait remarquer, au cours de sa conférence, que les honoraires médicaux n'ont augmenté que de 400 % dans l'ensemble du pays et de 500 % à Paris. De leur côté, les frais pharmaceutiques sont en augmentation de 375 et 450 %. Cette hausse n'est pas due seulement à l'élévation des tarifs, mais aussi à la recrudescence de la morbidité que l'on passe trop facilement sous silence.

Ces constatations sont à retenir pour le cas où l'avenir nous réserverait de nouveaux conflits avec les caisses. G.

La question de l'essence et des pneus

On annonce que les candidats à la députation bénéficieront de certaines facilités pour faire leur campagne électorale. Ils recevront notamment des bons d'essence, cinq pneus complets et trois chambres à air de rechange.

Beaucoup de médecins ont songé sérieusement à poser leur candidature. Ils pourraient alors visiter leurs électeurs malades, en attendant les attributions d'essence et de pneus qui se font attendre d'une façon scandaleuse.

CHRONIQUE

La semaine médicale franco-suisse

Du 1er au 6 octobre vient de se tenir à Genève une importante réunion organisée par l'Académie suisse des sciences médicales. Cette Compagnie qui est présidée actuellement par le professeur Wegelin, de Berne, a invité un certain nombre de membres de l'Institut de France, de l'Académie de Médecine et de l'Académie de Chirurgie à venir participer à une manifestation franco-suisse et à être les hôtes de l'Académie suisse pendant la semaine du 1er au 6 octobre. Les savants français qui gardent un souvenir reconnaissant de la fidélité de leurs confrères suisses, sentent le prix de ce geste s'ajoutant à tant de preuves d'amitié données pendant et depuis la guerre par le noble peuple suisse.

La reprise des Congrès

Les Congrès de médecine interrompus en 1939 comme tant d'autres choses auxquelles nous étions attachés, reprennent malgré les difficultés matérielles presque insurmontables que rencontrent les organisateurs.

Le Congrès de chirurgie, celui d'urologie se sont ouverts le lundi 8 octobre, d'autres vont suivre. Nous rendrons compte de tous ces congrès dans un prochain numéro.

Congrès de la Victoire

L'Association française pour l'avancement des Sciences (A. F. A. S.), tiendra sa 64e session du 20 au 26 octobre, sous la présidence de M. Pieron, professeur au Collège de France. Ce Congrès revêtira une importance exceptionnelle du fait de la participation d'un nombre important de délégués des nations alliées et amies de la France.

La séance inaugurale solennelle aura lieu le samedi 20 octobre, à 15 heures, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne. Au cours de cette séance, conférence du prof. Justin-Besançon, président de la Croix-Rouge français, sur :

« Les carences alimentaires pendant la période de guerre. »

Association Suisse de secours aux enfants de médecins français sinistrés

On sait que nos confrères suisses, avec leur générosité habituelle, ont décidé d'accueillir, comme leurs propres enfants, pour une durée de trois mois, des enfants de médecins sinistrés français (enfants de moins de 14 ans). Quelques places sont encore disponibles. S'adresser D'URGENCE à l'A. S. E. M., 15, passage des Lions, à Genève.

LIVRES NOUVEAUX

Les interventions de pratique médicale courante, par Jean Olmer, F. Buisson et M. Audier, médecins des hôpitaux de Marseille. Deuxième édition entièrement refondue. Un volume in-8 de 122 pages avec figures, 88 francs. Doin et Cie, éditeurs.

La première édition de ce livre a été rapidement épuisée ; il n'est pas douteux qu'il répondait à un besoin. Il n'existait pas en effet dans la littérature médicale d'ouvrage permettant aux médecins et aux étudiants de trouver un exposé clair et complet, sans détails superflus mais avec le seul souci d'être utile, des diverses techniques de pratique médicale courante, depuis les mieux connues et les plus anciennement employées jusqu'à celles qui ont pris tout récemment leur place parmi les méthodes de diagnostic ou de traitement. Cette description des diverses techniques est suivie chaque fois d'une mise au point des incidents et des accidents qui peuvent survenir lors de leur mise en pratique, de la manière de les éviter ou du traitement à leur appliquer si par hasard ils surviennent. Les indications de chacune de ces techniques, les renseignements qu'elles apportent au diagnostic, leur valeur thérapeutique ont été précisés avec le plus grand soin, et ce n'est pas la partie de l'ouvrage qui rendra le moins de services.

Cette seconde édition a été si minutieusement revue qu'elle a abouti à une refonte presque complète dans le but de simplifier, de compléter encore les exposés. Trois nouveaux chapitres y ont été ajoutés, consacrés à la ponction sternale, aux perfusions sanguines, aux infiltrations sympathiques ; enfin, il a paru utile de présenter dans un quatrième chapitre nouveau l'état actuel de la question des vaccinations dans la pratique médicale courante.

Les Consultations journalières : Maladies des nourrissons et des enfants. Traitements par le Dr Germain Blechmann, ancien chef de clinique de la Faculté de Médecine. Quatrième édition revue et complétée avec la collaboration de Mme le Dr J.-H. Montlaur, ex-assistant de puériculture à la Maternité de Paris (La Syphilis) ; du Dr M. Martiny, médecin de l'hôpital Léopold-Bellan (L'homœothérapie) ; et de Mlle Suzanne F. Cordelier (L'Orientation professionnelle). Lettre-Préface du Dr Paul Durand (de Courville). Un volume in-8° de 728 pages, 336 francs. G. Doin et Cie, éditeurs, Paris.

Il nous est loisible de rappeler aujourd'hui dans quelles conditions furent publiées la précédente édition (1942) et celle-ci (1944).

Paris était occupé depuis cinq mois, quand M. Gaston Doin avertit l'auteur qu'il jugeait indispensable de fournir le manuscrit de la troisième édition le plus tôt possible.

Optimiste farouche, l'auteur ne consuma pas son temps à composer un ouvrage de thérapeutique déficitaire ou substitutive : il écrivit et fit imprimer, en faisant à peu près abstraction de la misère des temps.

Paru en février 1942, l'ouvrage gagna si rapidement la faveur du public médical qu'au bout d'un an le tirage était épuisé. Mais, en cette occurrence, l'auteur eut l'occasion d'étendre son activité pédiatrique. En effet, arrêté sur l'ordre de la Gestapo allemande, il se trouva conduit à organiser les infirmeries des enfants internés en foule au camp de Drancy et à combattre les maladies dues à la promiscuité et aux privations.

Cette quatrième édition s'est donc enrichie des fruits d'une singulière expérience, apportant ainsi sa pierre à l'œuvre de la Libération française et de la grandeur nationale.

Clinique médicale de l'hôpital Bichat, professeur Pasteur Vallery-Radot. Sujets médicaux d'actualité. Un volume in-8° de 236 pages, 165 francs. Doin et Cie, éditeurs.

Ce volume contient les leçons suivantes :

Jean Rostand : Les hormones dans les phénomènes biologiques. — F. Bezançon : La notion de poussée évolutive dans la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte. — L. de Gennes : Le syndrome d'hyperfonction acidophile. — Cachexie hypophysaire. — B. Fey et L. Février : De l'opportunité du traitement chirurgical dans les néphrites. — R. Gouverneur et D. Routier : Les interventions chirurgicales dans les néphrites. — L. Michon : Indications du traitement chirurgical dans les néphrites. — L. Nègre : Les techniques nouvelles de vaccination par le B. C. G. — F. Nitti : Mode d'action de la chimiothérapie antimicrobienne par les sulfamides. — L. Justin-Besançon : Les médecins français devant les maladies de carence depuis 1940. — Ach. Urbain : L'encéphalomyélite infectieuse du cheval. — M. Derot : Diabète sucré et états paradiabétiques. — Le diabète consomptif et l'acidose diabétique.

Comme le premier fascicule de cette intéressante série, ce livre sera utile à tous ceux qui veulent se tenir au courant du mouvement médical actuel.

L'Année médicale pratique, 23e année, édition 1944, publiée sous la direction de C. Lian, professeur d'histoire de la médecine, médecin de l'hôpital Tenon. Un vol. in-16 couronne 500 pages, édit. Lépine. Prix : 75 francs.

L'Année médicale pratique (23e année), est devenue un ouvrage annuel classique dont les médecins qui la connaissent ne peuvent plus se passer. Les renseignements qu'elle donne sont en effet précieux, sinon indispensables. Pas de données nouvelles de diagnostic ou de traitement, qui n'y soient mentionnées dans des articles courts mais complets, dispensant de se reporter aux travaux originaux.

Le catgut. Les ligatures et les sutures à travers les âges, par A. Fandre. Un volume de 652 pages avec 137 figures. Cartonné, 350 francs. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

De tout temps et dans tous les pays, chirurgiens, pharmaciens, chimistes, physiciens et bactériologues se sont intéressés à la question de la ligature et des sutures dont, pour une large part, dépend le succès et la consolidation des opérations.

Les recherches que l'auteur a poursuivies au laboratoire depuis plusieurs années, le dépouillement d'une très vaste documentation française et étrangère lui permettent d'apporter dans ce livre des renseignements précis qui permettront de développer les recherches et des documents pouvant servir de base à la réalisation de nouvelles conceptions.

Après une étude historique des ligatures et des sutures à travers les âges, les procédés, méthodes et formules de fabrication du catgut sont exposées dans tous leurs détails et l'ouvrage se termine par un exposé de la législation du catgut.

L'année thérapeutique. Médicaments et procédés nouveaux. 17e année, 1942-1943. Par A. Ravina. Un volume de 190 pages, 55 francs. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

Résumé pratique de tous les faits nouveaux d'ordre thérapeutique publiés au cours des années 1942 et 1943, tant en France que dans certains pays étrangers.

1° Maladies et symptômes (39 traitements nouveaux) concernant entre autres : les arthrites, l'asthme, les brûlures, les engelures, la maladie de Raynaud, la névralgie faciale, les rhino-pharyngites, le rhumatisme chronique, les traumatismes crâniens, les cirrhoses, l'épilepsie, la maladie d'Addison, l'oxyurose, le botulisme, le rhumatisme chronique, le goitre exophtalmique, la gale, l'ulcère de l'estomac, les urticaires, la sciatique essentielle, etc. ;

2° Méthodes et techniques (11 sujets traités) concernant entre autres : l'anesthésie générale, la diathermo-coagulation, l'électro-choc, les infiltrations du sympathique, l'application perlinguale des hormones, la chirurgie du splanchnique, etc. ;

3° Les médications nouvelles (25 études) concernant : les antihistaminiques de synthèse, la colchicine, la novocaïne, l'opium, la sulfamidothérapie, les vitamines, etc.

Le but de cet ouvrage est, d'une part, de faire connaître des techniques nouvelles d'application facile et d'indiquer les orientations de certaines méthodes thérapeutiques.

L'ouvrage se termine par une table alphabétique des matières contenues dans les volumes précédents.

Pathologie des confins médico-chirurgicaux, par Noël Fiessinger, Th. Alajouanine, G. Albot, F. d'Allaines, P. Ameuille, P. Brocq, L. Digonnet, J. Fauvet, J. Gosset, G. Ledoux-Lebard, C. Lian, J. Mathey, J. Patel, Petit-Dutaillis, J. Rachet, P. Sainton, F. Thiébaut, Cl. Vincent, H. Welti, Wilmoth. Un volume de 272 pages, avec 15 figures (Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu), 150 francs. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

Le professeur Fiessinger désigne sous ce titre des cas dans lesquels une collaboration doit être étroite et soutenue entre le médecin et le chirurgien. Pour la mise au point de ces chapitres, chaque médecin a travaillé avec son collaborateur chirurgical habituel. Le médecin a fixé les nuances cliniques et diagnostiques, les médications du traitement médical, les raisons de l'appel au chirurgien, le chirurgien a exposé son opinion sur les indications et les contre-indications du traitement médical, les grandes lignes de son action et les suites à envisager.

Les questions traitées sont les suivantes :

Les hernies discales postérieures. — Péricardite constructive. — Les abcès du poumon. — Les accidents gravido-cardiaques du rétrécissement mitral. — Les cholécystites chroniques. — Hyperthyréoses. — Cancer de l'estomac au début. — Cancer du côlon. — La tuberculose cavitaire. — Les abcès du cerveau.

Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe). Dépôt légal. — 1945. — 4e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd.

N° 21. — 1er NOVEMBRE 1945 118e ANNEE Ce numéro : 7 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 150 fr. Etudiants, 75 fr.; Etranger, 225 et 270 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

Abonnements

Nous serons reconnaissants à nos abonnés de ne pas attendre le dernier moment pour nous adresser leurs renouvellements.

Prix de l'abonnement : France et colonies, un an, 150 fr. ; étudiants, un an, 75 fr. ; étranger, 225 et 270 francs.

Chèques postaux Paris 2538-76.

Prière de bien vouloir écrire **très lisiblement** *les noms et les adresses.*

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Centre de pénicillothérapie des endocardites malignes. — Un centre de traitement des endocardites malignes par la pénicilline à hautes doses est ouvert dans le service de la clinique cardiologique du Prof. Donzelot.

Les malades de la région parisienne, justiciables de cette thérapeutique, doivent être adressés à l'hôpital Broussais, 96, rue Didot, à Paris (14e), munis de leur dossier (observation, courbe thermique, résultat des hémocultures et des examens de sang etc.), ils seront admis sans considération de classe sociale.

Concours spécial pour une place de chirurgien des hôpitaux. — Ouverture du concours : 22 novembre 1945. Inscription du 12 au 15 novembre inclusivement.

Concours spécial pour 4 places de médecin des hôpitaux. — Ouverture du concours : 21 novembre 1945. Inscription du 12 au 15 novembre inclusivement.

Hôpitaux de Rouen et de Caen. — En exécution des dispositions de l'arrêté ministériel du 9 août 1945, des concours spéciaux pour l'externat et l'internat des hôpitaux de Rouen et de Caen auront lieu : pour l'externat, concours de remplacement : 30 novembre 1945 ; concours supplémentaire : 15 décembre 1945.

Pour l'internat, concours de remplacement : 7 janvier 1946 ; concours supplémentaire : 11 mars 1946.

Faculté de Médecine de Paris

— M. Charles Richet a proposé la création d'une chaire de clinique de l'alimentation.

— Le Cercle républicain à Paris a offert à la Faculté un prix de 5.000 francs destiné à récompenser la meilleure thèse de l'année.

— Sur la proposition de M. Gougerot, le Conseil de la Faculté propose la création d'un certificat d'études gonococciques.

MM. les Professeurs Ch. Lenormant et Roussy ont été nommés professeurs « honoris causa » de l'Université de Lausanne.

Mutations de chaire : M. le Professeur Pasteur Vallery-Radot, de la clinique médicale Bichat, à Broussais ; M. le Professeur Lian, de la chaire d'histoire de la médecine à la clinique médicale de la Pitié, provisoirement à Tenon ; M. le Professeur Etienne Chabrol, professeur titulaire de la clinique médicale de Broussais, est autorisé à rester provisoirement à Saint-Antoine.

M. Piédelièvre, agrégé, est proposé pour le titre de professeur sans chaire, et M. Desoille, agrégé, est proposé pour la pérennisation. M. Halphen agrégé O. R. L., a été nommé professeur sans chaire.

Vacances de chaires : Sont déclarées vacantes les chaires de thérapeutique et d'histoire de la médecine.

Légion d'honneur

GUERRE. — **Chevalier.** — Médecin lieutenant-colonel Richet (Pierre-Eugène) ;
Médecin sous-lieutenant Richet (Gabriel) Ne bataillon de choc.

PROMOTIONS MUTILÉS 100 %. — Commandeur. — Dr Roussel (P. M. E. L.).

Citations à l'Ordre de l'armée

Médecin auxiliaire Dehalle, Ne R. I. ;
Médecin lieutenant Pierrou (Max Jules), Ne R. zouaves.
Médecin de 3e cl. de la marine, Sandot (William), bataillon de fusiliers marins.
Médecin capitaine Daverne ;
Médecin sous-lieutenant Martin (Jean).
Médecin lieutenant Moulinard (Pierre) ;
Médecin s.-lieutenant Pierre (Maurice), des commandos d'Afrique ;
Médecin commandant Lesbats (Emmanuel).

Croix de la Libération

Médecin lieutenant-colonel Fruchaud.

Médaille de la Résistance

Médecins colonels A. J. Lotte, Robert Monod, Debenedetti.
Médecins commandants M. Cannac, A. Dodin, G. Penin, Gabriel Florence, Ed. Maheo, J. Boisselet, Bernard Lafay.
Méd. cap. Gilbert Dreyfus, G. Vidal-Naquet, Ch. Gernezérieux, J. Vourch, R. Guillet, P. Denisart.
Méd. lieut. P. Mairesse.
Méd. sous-lieut. F. Pette.
Méd aux. Eugène Duhamel.
Professeur Louis Soula.
Drs Maurice Fichaux, Jean Baudot, Pierre Suire, Henri Laffitte.
Méd. cap. G. Gelly ; méd. col. Krick ; méd. lieut. J. R. Bell ; médecins capitaines A. Birckel, P. Muller, Bernard A. J. Rutler, méd. aux. L. H. Feberey, méd. lieut. E. Stoerr, méd. s.-lieut. P. Müller, médecins capitaines P. Mégard, J.A. Bastide, P. J. Ducourneau, J. Manquène, méd. comm. J. Arène, méd. aux. M. Merle, méd. lieut. Robert Ulmann, méd. aux. L. Clostre, docteur Jean Perrodin.
Méd. comm. Sigot-Andrieu (à titre posthume).
Méd. gén. inspecteur S.P. Arène.
Méd. généraux Gabrielle et Peloquin.
Méd. col. H. Lortholary, E. Bergin, J.P. Thibault, méd. lieut. col. Ch. Morel, R. Simon.
Méd. comm. A. Barange, L. Bonnafé, Cabouat, Ch. Cachin, J. Dalsace, Hector Descomp, G. Fardeau, Pierre Flandrin, R. Fontaine, L. Fruhling, P. Gaucher, M. Gaye, P. Giron, J. Guillaumin, J. Gurtler, Jagot-Lacoussière, Pierre Klotz, J. Lecuire, Max Lévy-Markus, A. Maille, Ch. Marx, Engel-Merat, A. Picaud, P. Thabourin, J. M. Tusques, P. Uhry, Clovis Vincent, A.F.A.T. : Madeleine Zimmer.
Méd. cap. F. Abel, Acassat, Bodson, Boin, Yves Cachin, Cantegrit, Carré, Chelaud, P. Cluzel, Debray, Denis, Duhaze,

Duterne, F. Ganimède, Malafray, Marmet, Martigne, Meyssonnier, Jean Moricheau-Beauchamp, Pilven, Rocher, Trillat, Warter.

Méd. lieut. Anthonioz, Bardin, Baron, Bombiger, Bussienne, Cara, Castin, Collet, Debord, Demarchi, Ducloux, Duisit, Eric, Louis Guyot, Jourtau, Reine Klotz, née Lévi-Valensi, Le Quellec, Martre, Mesplomb, Meyblum, Minkowski, Pénil, Rémond, Rivoallan, Roussel, Sablon, Simon, Tabutiaux, Villechenon Zeiman Wajnerman Roudinesco, Bernier, Marianne Dufourmentel, Henriette Gaisman, Montouchet, Claude Polonowski, Presles, Hélène Puthod, Servaty, Vallée.

Méd. aux. E. Blanchon, J. C. Dauphin, Descharmes, Marguerite Doucin, J. Garipuy, Marie Goutcharoff, Lebettre, Thébaud, Lignerai, Macq, Schafferer.

Pharm. lieut. Ducarne, Gaudin, Guézennec, Roux-Deluisal.

Mmes les Drs Thérèse Bertrand Fontaine, Thérèse Brosse, Denise Fresnel, née Rémy, Madeleine Billot, Andrée Oswald.

MM. les Drs P. Carrez, Pierre Bruneau, Mathieu Buvat, professeur Caujolle, J. Cavaillon, Champagne, professeur Champy, Delafontaine, Delande, Dhérys, Doassans, Dunglas, Durin, Fresnel, André de Gennes, P. Germain, professeur P. Guilhem. Anne Heck, professeur Justin-Besançon, Lacote, Mazeiler, Meynard, René Moreau, Nabas, Nitti, Plichet, Porterie, Prévendier, Marie Jenny Roudinesco, Louis Roy, professeur Jacques Tréfouël, Paul Truffert, Victor Veau, Jean Veillet.

Méd. aux. E. Sabatier, Dr R. Thévenin, méd. cap. Paul Paret, méd. comm. Louis Champetier.

Ordre de la Santé publique

CHEVALIER. — Le Dr Antonin Caral, à Veynes (Hautes-Alpes).

Médaille d'honneur du Service de Santé

VERMEIL. — M. Silberstein, à Londres.

Docteur major général W. Brooke, médecin chef du Queen Mary Rochampton Hospital.

Docteur R. D. Langdale-Kehlham, médecin chef du centre d'appareillage du Queen Mary Rochampton Hospital.

Dr James Hasson.

Médaille des Evadés

Médecin auxiliaire Rosenberg (H.).

Santé

Conseil supérieur d'hygiène publique de France. — M. Prevet, président de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques a été nommé au titre du Conseil supérieur de la pharmacie, membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Avis de vacances de places d'auditeurs

Par suite de la réorganisation du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, une troisième série d'élections aura lieu pour les places d'auditeurs déclarées vacantes dans les catégories suivantes :

Bactériologistes	1 place
Docteurs en médecine	2 —
Chimistes, physiciens, pharmaciens	1 —
Fonctionnaires sanitaires	1 —
Ingénieurs hydrologues, géologues, architectes	2 —
Vétérinaires	1 —
	8 places

Les auditeurs sont nommés par le ministre, sur une liste double de présentation établie par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Une nomination de membre, sur deux, leur revient de droit.

Les intéressés ont un délai expirant le 5 novembre 1945 pour faire acte de candidature et exposer leurs titres dans un dossier qui devra être reçu à cette date au ministère de la Santé publique (direction de la Santé, 1er bureau), 11, rue de Tilsitt, Paris (17e).

Conseil permanent d'Hygiène sociale

M. le Professeur Gernez, de Lille, a été nommé membre du Conseil et affecté à la Commission de la tuberculose.

Protection de la santé des enfants d'âge scolaire

Le « J. O. » du 19 octobre 1945 publie une ordonnance n° 45-2407, aux termes de laquelle, au cours de leur sixième année, tous les enfants sont obligatoirement soumis à une visite médicale. Des examens périodiques sont ensuite effectués pendant tout le cours de la scolarité. De leur côté, les membres du personnel des établissements d'enseignement publics ou privés, se trouvant en contact avec les élèves, sont obligatoirement soumis, au moins tous les deux ans, à un examen médical de dépistage des maladies contagieuses.

Un décret nommera un Conseil consultatif national d'hygiène scolaire et universitaire.

Enfin dans un délai d'un an sera établi un casier sanitaire de tous les établissements d'enseignement publics ou privés.

Concours pour l'emploi de médecin des hôpitaux psychiatriques

Par arrêté en date du 8 octobre 1945, il est ouvert un concours pour le recrutement de médecins des hôpitaux psychiatriques. Les épreuves commenceront le 20 décembre 1945, à Paris.

Le nombre de places mises au concours est fixé à vingt au minimum.

Le concours est ouvert aux candidats des deux sexes âgés de moins de trente-deux ans le 1er janvier 1945 et titulaires du diplôme de docteur en médecine, sous réserve de dispositions spéciales en faveur des prisonniers et des déportés. S'adresser au ministère de la Santé publique (direction du personnel, du budget, de la comptabilité et des habitations à bon marché, 2e bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris (17e).

Les inscriptions seront reçues à la même adresse jusqu'au 20 novembre 1945, dernier délai.

(Suite des informations, p. 361.)

LA MALADIE DE CHAUFFARD-STILL EST-ELLE UNE ENTITÉ MORBIDE VRAIE?

Par F. Françon (Aix-les-Bains) et P. Rocher (Marseille).

Il convient d'aborder cette question parce qu'elle reste très débattue. En effet, si certains, en particulier chez les Anglo-Saxons ou parmi les rhumatologues, n'interprètent le Chauffard-Still que comme une forme clinique de rhumatismes, par contre, en particulier en France, et parmi les pédiatres, des auteurs importants dont l'opinion est d'un grand poids, voient dans la maladie de Still une affection autonome qui se classe un peu en marge du cadre des rhumatismes.

Il convient aussi de traiter cette question parce qu'un grand nombre d'opinions ont été émises, de constatations isolées faites à son sujet ; mais il ne nous semble pas qu'on ait jamais procédé à une étude critique systématique de l'autonomie de la maladie de Chauffard-Still. Et cependant cette étude comporte une conclusion dont l'importance doctrinale (nosologie) et pratique (thérapeutique : en particulier chrysothérapie) est certaine.

Dans un premier chapitre d'historique, nous dirons quels ont été les artisans de l'autonomie de la « maladie » de Chauffard-Still, puis nous envisagerons les étapes de la désagrégation de cette autonomie. Dans un second chapitre, nous examinerons les différents arguments qui ont été produits dans le débat, et nous en ferons la critique.

1° Historique

1) *Les artisans de l'autonomie.*

C'est bien une « forme de maladie articulaire chez l'enfant » que Still prétend décrire en 1896 ; il insiste sur le fait que l'hypertrophie des ganglions et celle de la rate y sont considérables, et ne sauraient être tenus pour un symptôme accompagnant fortuitement la maladie ; les cas qu'il décrit sont, à son sens, différents des cas de « rhumatismes chroniques infectieux » avec adénopathies, individualisés par Chauffard et F. Ramond quelques mois plus tôt. Still pense bien avoir isolé une maladie nouvelle.

Dans un effort de synthèse, Pollitzer (1914), rapproche la maladie de Still des cas décrits par Chauffard et Ramond ; il regarde ces derniers cas comme appartenant à la forme de l'adulte de la maladie de Still ; il propose la terminologie : « maladie de Chauffard-Still ». Le rapprochement fait par Pollitzer va à l'encontre de ces deux faits : Chauffard et Ramond n'ont jamais prétendu décrire une maladie nouvelle, mais seulement un signe nouveau des « rhumatismes chroniques infectieux » ; d'autre part, Still a précisé qu'il jugeait ses cas différents de ceux publiés par les auteurs précédents.

Chevallier (1930) reprend le point de vue de Pollitzer et adopte la terminologie « maladie de Chauffard-Still » ; il élargit encore le cadre nosologique en parlant de « parentés » de la nouvelle maladie avec le « rhumatisme infectieux chronique », avec la forme adéno-arthropathique de la maladie de Hanot (dans les rhumatismes biliaires de Gilbert et Fournier), avec certaines splénomégalies accompagnées de signes articulaires.

La thèse de l'autonomie de la maladie de Chauffard-Still consiste donc, dans sa forme la plus extensive ou excessive (suivant l'opinion du lecteur), à considérer celle-ci comme une maladie autonome, caractérisée par la triade : arthropathies, adénopathies, splénomégalie. Elle peut frapper l'enfant et l'adulte.

2) *Les étapes de sa désagrégation.*

La synthèse « quelque peu osée » (M.-P. Weil), que nous venons d'exposer, achoppera sur un fait principal : la rareté de la splénomégalie chez l'adulte.

Cette splénomégalie, dont Chauffard et Ramond n'ont pas parlé, Chevallier lui-même est obligé de concéder qu'elle est plus rare chez l'adulte que chez l'enfant.

Devant ces faits, les auteurs ont réagi de diverses façons : *a*) ils ont remanié le syndrome classique ; *b*) ils ont nié l'existence de la maladie de Chauffard-Still chez l'adulte ; *c*) ils l'ont niée chez l'adulte et chez l'enfant.

a) *Syndrome remanié.* — On ne peut concevoir de remaniement du syndrome primitif de la maladie de Chauffard-Still qu'en se référant aux travaux originaux : ceux de Chauffard et Ramond qui, chez l'adulte, n'ont pas signalé de splénomégalie ; ceux de Still, qui a décrit une affection uniquement de l'enfant.

Par ce préambule, nous refusons une portée nosologique au fait que certains auteurs ont publié, sous le nom de maladie de « Still » et chez l'enfant, des cas sans splénomégalie (Kœplick 1910 ; Ness 1910 ; Jone ; Gibney 1921 ; Gleich 1924), ou même sans splénomégalie, ni adénopathies (Kœplick 1910). Nous ne pensons pas, en effet, que l'on soit en droit d'étiqueter « maladie de Still » des cas qui, dans les mêmes conditions étiologiques (c'est-à-dire chez l'enfant) que celles des observations de Still, ne sont pas conformes au tableau qu'a décrit celui-ci. Il faut qu'une porte soit ouverte ou fermée.

Différente, est la position de Graber-Duvernay (1934) qui, chez l'adulte, et avec la terminologie « maladie de Chauffard-Still », a proposé d'exiger seulement, pour poser le diagnostic de maladie de « Chauffard-Still », la présence de la triade « arthropathies, adénopathies, état général grave ». Cet auteur se réfère, dans sa terminologie, aux travaux de Chauffard et Ramond, qui ont rapporté des observations sans splénomégalie : il a donc le droit de ne pas exiger la présence de splénomégalie pour poser le diagnostic de « maladie de Chauffard-Still ». Cependant, c'est là, à notre sens, agrandir démesurément le cadre de la « maladie de Chauffard-Still », aux dépens du « rhumatisme chronique progressif inflammatoire », et s'écarter par trop des données exposées dans le mémoire de Still ; aussi ne pouvons-nous nous rallier à cette conception large. Graber-Duvernay a d'ailleurs prévu cette objection : à plusieurs reprises, il a parlé de la nécessité d'étiqueter les cas qu'il décrivait, non pas « syndrome de Chauffard-Still », mais « syndrome de Chauffard et Ramond », il exclut ainsi ses cas du cadre de la maladie de Still (1).

En somme, la maladie de Still est un syndrome prêtant le flanc à des remaniements, qui montrent l'imprécision de ce cadre nosologique.

b) *La maladie de Chauffard-Still n'existe pas chez l'adulte.* — Pour d'autres auteurs, l'affection n'existe que chez l'enfant ; c'est la « maladie de Still », et non pas la « maladie de Chauffard-Still ». Telle était déjà l'opinion de Still.

Pour Debré (1938), la maladie de Still n'est autonome que chez l'enfant, et encore le syndrome doit-il comprendre tous les éléments suivants : début avant 5 ou 6 ans, arthropathies, adénomégalies, anémie sévère, splénomégalie, poussées de fièvre, mauvais état général, évolution habituellement fatale. Still ajoutait symétrie des arthropathies et lésions extra-articulaires.

Les partisans de ce point de vue opposent, chez l'enfant, le « rhumatisme chronique à forme inflammatoire », et la « maladie de Still » (Debré 1938). Grenet élimine explicitement la maladie de Still du cadre des rhumatismes chroniques.

Cette théorie est très répandue en France. Ravaut et Brun (1942) s'y rallient, lorsqu'ils disent qu'il faut sans doute distinguer dans la maladie de Still un syndrome secondaire (modalité de rhumatisme) chez l'*adulte* et une maladie autonome cryptogénétique chez l'*enfant*. Clément (1938) est proche de ce point de vue. C'est l'opinion de nombreux pédiatres français.

c) *La maladie de Chauffard-Still n'a pas d'autonomie.* — Cette opinion est très généralement admise en Grande-Bretagne. Les auteurs anglais rangent la maladie de Still dans la « rheumatoïd arthritis » (Garrod 1907, Stockman 1920, Waterhouse 1931, Bach 1935, Copeman 1939). C'est aussi le sentiment de l'Américain Goldthwaite (cité par Llewellyn Jones 1909) et de l'Espagnol Maranon.

En France, Teissier et Roque (1924), adoptent le point de vue anglais. Weissenbach et Françon (1928), écrivent : « Sous le nom de maladie de Still, on a décrit une forme de rhumatisme chronique spéciale à la seconde enfance » ; et, après le mémoire de Chevallier, ils prennent nettement position : « Nous ne saurions admettre intégralement les conclusions de Chevallier.... Actuellement, on ne peut parler que de « syndrome » et non de « maladie ». » (Weissenbach, Françon, Gerbay, Robert, 1931.)

Françon reviendra d'ailleurs plusieurs fois sur ce sujet : « Entre le Chauffard-Still et la variété commune de rhumatisme chronique progressif infectieux, on peut rencontrer tous les intermédiaires. » (1938). « Forme de passage », c'est ainsi qu'il cataloguera une observation « en marge du syndrome de Chauffard-Still » ; un cas de rhumatisme chronique avec adénopathies sans splénomégalie (Françon et Roget, 1939).

Il convient de rappeler ici que Babonneix et Lévy publiaient en 1931 un rhumatisme avec adénopathies chez une fillette, cataloguant ce cas « maladie de Chauffard-Still » (avec un « ? »).

En 1937 et en 1938, M.-P. Weil pose carrément la question de l'autonomie et il la résoud par la négative. Pour lui la « maladie de Chauffard » et la « maladie de Still » ne sont que des formes de rhumatisme progressif généralisé d'origine inflammatoire.

D'autres auteurs encore pensent que la maladie de Still n'a pas d'autonomie : Nobécourt (dans la thèse de Mme Patey-Duclaux, 1939), Ravaut, Girard et Viallier (1942), Turpin et Coste (1942).

Conclusion. — Après avoir suivi les étapes de la désagrégation de l'autonomie de la maladie de Chauffard-Still, quelles sont

(1) Le débat est, dans ce paragraphe, uniquement terminologique, car Graber-Duvernay ne croit pas à l'autonomie de la maladie de Still.

les théories actuellement le plus en faveur ? Il y en a deux ; celle qui fait de la maladie de Chauffard-Still, sous le nom de « maladie de Still », une entité morbide chez l'enfant ; celle qui ne voit dans la maladie de Chauffard-Still qu'une modalité de « rhumatisme chronique à forme inflammtoire ».

2° Arguments et leur critique

De la maladie de Chauffard-Still nous n'étudierons que les éléments qui sont assez caractéristiques pour servir d'arguments dans le débat que nous avons ouvert.

Ces arguments sont cliniques, anatomo-pathologiques, hématologiques, bactériologiques et thérapeutiques.

1° *Arguments cliniques.*

Arthropathies. — Les lésions stilliennes sont classiquement uniquement fibreuses et périarticulaires, avec intégrité ostéo-cartilagineuse (Still).

Cependant Chevallier concède déjà que, secondaire et accessoire, l'atteinte ostéo-cartilagineuse n'en existe pas moins. On a, d'autre part, publié des observations de Chauffard-Still où cette atteinte était comparable à celle du « rhumatisme chronique progressif inflammatoire » banal (Weissenbach, Françon, Gerbay, Robert, 1931 ; Françon, Bosonet, Robert, Gerbay, 1934, etc.).

Les tenants de l'autonomie du Chauffard-Still ne pensent, en général, plus que l'atteinte uniquement fibreuse et périarticulaire dans les arthropathies stilliennes soit encore défendable. Fréquente au début de l'affection, elle peut disparaître par la suite.

Splénomégalie. — Elle existerait dans le Chauffard-Still, manquerait dans le rhumatisme non stillien.

En fait, dans des cas indiqués par les auteurs, dans le Chauffard-Still, la splénomégalie peut manquer : chez l'adulte (Chauffard et Ramond), même chez l'enfant (Still ne la trouve que dans 9 cas sur 12).

D'autre part, on peut trouver une splénomégalie dans un « rhumatisme chronique progressif inflammatoire » banal. C'est ce qu'ont constaté certains auteurs : Waterhouse, 1907 ; Mac Crae, 1927 ; Coatès et Delicati, 1931 ; Fox et Van Breemen, 1934 ; Bach, 1935 ; M.-P. Weil, 1937 ; Turpin et Coste, 1942. Personnellement, l'un de nous, sur 23 cas où l'hypertrophie de la rate a été recherchée, l'a trouvée 6 fois.

La splénomégalie n'est donc pas un signe de Chauffard-Still de valeur absolue.

Adénopathies. — Dans le Chauffard-Still, il y a des adénopathies non strictement sus-articulaires et dont certaines sont viscérales.

Dans le rhumatisme non stillien, on trouve des adénopathies : l'accord est à peu près général à ce sujet. Nous avons prouvé (thèse de l'un de nous) que ces adénopathies pouvaient exister sans arthropathie sous-jacente. Nous ne pouvons affirmer que les ganglions viscéraux puissent être atteints.

La différence est donc ici incertaine et peu importante.

Des autres éléments du tableau spécifique de la maladie de Still d'après Debré, disons que l'anémie sévère, les poussées fébriles, le mauvais état général se retrouvent dans les « rhumatismes chroniques progressifs inflammatoires » graves ; disons que le début avant 5 ou 6 ans n'est pas un argument de spécificité ; quant à l'évolution habituellement mortelle, avec les progrès de la thérapeutique, la maladie de Chauffard-Still peut guérir. C'était l'opinion de Weissenbach et Françon (1931) ; Bach pensait que la maladie était curable si le cap de la puberté était franchi (1935) ; Chaptal rapporte un cas de guérison thérapeutique (1942). Cette évolution favorable est de plus en plus fréquente à mesure que nous savons mieux la soigner.

Conclusion. — Il suffit de reprendre ce qu'écrivait l'un de nous : « Entre le Chauffard-Still et la variété commune de rhumatisme chronique progressif infectieux, on peut trouver tous les intermédiaires. » (Françon.) La maladie de Chauffard-Still n'a pas d'individualité clinique.

2° *Arguments anatomo-pathologiques.*

Mais l'autonomie de la maladie de Chauffard-Still ne repose-t-elle pas sur des lésions anatomo-pathologiques spécifiques ? Argument d'importance, à l'appui duquel l'étude de la lésion ganglionnaire joue un rôle primordial. Le ganglion est, en effet, du substratum anatomique de la triade de Still, le seul organe dont, à cause de la facilité de sa biopsie, l'étude anatomo-pathologique soit aisément réalisée.

Tissus périarticulaires. — En ce qui les concerne, on a bien parlé (Clément, 1938 ; Mme Rie, 1940) d'une « lymphangite oblitérante progressive », avec évolution vers la sclérose ; mais cette lésion est peu caractérisée et elle a été bien peu recherchée et étudiée. Il ne peut être question de la donner comme critérium du Chauffard-Still.

Rate. — Ses lésions peuvent être étudiées à l'autopsie ou à la faveur d'une splénectomie. A l'autopsie, Still a vu des « lésions fibreuses », ce qui est banal. Aucun auteur n'a d'ailleurs prétendu que, dans la maladie de Chauffard-Still, les lésions spléniques fussent spécifiques. Dans un cas de rhumatisme chronique à forme inflammatoire, Villaret, Bergeret, Justin-Besançon et Rubens-Duval donnent une analyse histologique détaillée : ils insistent sur « l'hyperplasie, la congestion élective des cordons de Billroth, l'endartérite diffuse des artères centrales des follicules ». L'examen histologique de la rate, fait dans un de nos cas après autopsie (thèse de l'un de nous), n'a lui aussi révélé que des lésions banales : « sclérose des cloisons périveineuses, qui sont très épaisses ; aplasie extrême de la pulpe blanche, avec anneaux scléreux autour des artères ; pulpe rouge dépeuplée » (protocole de M. le Prof. Poursines). Les lésions spléniques sont peu étudiées, l'autopsie étant rare, la splénectomie ne paraissant pas devoir s'étendre. Ces lésions d'ailleurs paraissent banales : dans la maladie de Chauffard-Still comme dans le « rhumatisme chronique à forme inflammatoire ».

Ganglions. — Ici deux thèses s'opposent. Certains auteurs estiment que les lésions ganglionnaires de Chauffard-Still sont propres à cette maladie ; parmi ces auteurs, citons tout d'abord, en France, Thiroloix père et, à l'étranger, Piske, Pollitzer, Hirsch, Muncke, Strauss, Reinhold, Stoye, Micheli et Gama, Giordano. En 1930, Chevallier décrit longuement les lésions ganglionnaires « propres » au Chauffard-Still. Se rangent encore à cette première opinion : Mlle Genthon, Bellaiche, Etienne, Louyot et Richon, Cazal.

D'autres auteurs déclarent que les lésions ganglionnaires stilliennes sont banales. Still n'a vu dans l'analyse histologique des ganglions de la « maladie » qu'il individualisait, qu'un aspect d' « inflammation aiguë ». Décrivent encore des lésions banales : Rohmer (1922), Rochaix (1930), Mme Frejman (1934), Albot (1938), Schlesinger (1938).

Adoptant une solution moyenne, des auteurs n'admettent pas que les lésions soient propres au Chauffard-Still, mais pensent cependant que ces lésions ont une « physionomie un peu spéciale », suivant l'expression de Martin, Bertoye et Levrat. Sont proches de cette solution moyenne Croizat et Guinet, Oberling.

En fait la lecture attentive des descriptions des lésions dans la maladie de Still, qu'elles soient jugées spécifiques, banales ou « un peu spéciales », nous a permis, à M. le Prof. Poursines et à nous-mêmes, de juger qu'il ne s'agissait que de lésions identiques entre elles et identiques à celles trouvées dans le « rhumanisme chronique progressif inflammatoire ».

Cette comparaison entre les lésions ganglionnaires stilliennes et les lésions ganglionnaires non stilliennes nous a été permise par la lecture d'analyses histopathologiques d'adénopathies non stilliennes, en particulier celle de Delarue (1934) et de Giordano (1934).

Cette comparaison nous a surtout été possible par le fait que l'un de nous a pu, avec M. le Prof. Poursines, étudier en détail 8 biopsies ganglionnaires. A noter que, sur ces 8 cas biopsiés, 3 comportaient une splénomégalie et pouvaient être étiquetés Chauffard-Still. Nos 8 biopsies nous ont permis de conclure que, dans le « rhumatisme chronique progressif inflammatoire », il y avait une réaction ganglionnaire univoque, non spécifique, particulière non par sa formule, mais par son existence même dans une forme définie de rhumatisme, et identique à celle qui avait été décrite dans le Chauffard-Still.

Conclusion. — Le Chauffard-Still n'a pas d'individualité anatomo-pathologique.

3° *Arguments hématologiques.*

Hémogrammes. — Dans le Chauffard-Still, Debré dit qu'il y a : anémie modérée, leucocytose avec légère polynucléose. Dans le rhumatisme chronique progressif inflammatoire, 8 hémogrammes (thèse de l'un de nous) nous ont montré : anémie constante et modérée, tendance à la leucopénie ou polynucléose inconstante et discrète, parfois un peu de monocytose. On voit que les hémogrammes stilliens et non stilliens sont peu caractéristiques et diffèrent peu.

Myélogrammes. — Dans le Chauffard-Still, des recherches ont été faites par Micheli et Gamna (1928), par Mlle Genthon (1937), Villaret et Justin-Besançon, par Debré, Milhit et Lamy (1938). Les résultats en sont résumés par Croizat et Guinet (1942). Il faut en retenir : série myéloïde pauvre, plutôt adulte, légère réaction lympho-plasmocytaire, série rouge pauvre. Cette formule ressort de travaux peu nombreux. Elle est peu caractéristique.

Dans les rhumatismes chroniques progressifs inflammatoires, Turpin et Coste ont trouvé dans un cas une éosinophilie, Croizat et Guinet parlent de « réaction lympho-plasmocytaire ». Personnellement, l'un de nous a fait 3 myélogrammes, dont 2 dans des cas qui, comportant adénopathies et splénomégalie, auraient pu être étiquetés Chauffard-Still. Ces myélogrammes étaient normaux.

En somme, rien ici qui nous permette de distinguer nettement Chauffard-Still des affections voisines.

Conclusion. — L'étude hématologique n'apporte aucun argument net de discrimination entre les cas stilliens et non stilliens.

4° *Arguments bactériologiques.* — Dans le Chauffard-Still, la théorie selon laquelle cette affection serait due à un microbe spécifique (Micheli et Gamna), ne repose sur aucune constatation bactériologique précise. La bactériologie, dans l'examen des ganglions, des articulations, des humeurs, n'apporte aucune donnée sûre, donc aucune possibilité d'individualiser la maladie de Still.

5° *Arguments thérapeutiques.*

Il est intéressant de remarquer que le traitement actuel du Chauffard-Still ne diffère en rien de celui du « rhumatisme chronique progressif inflammatoire ». En particulier la grande médication active, la chrysothérapie, introduite dans la thérapeutique du « rhumatisme chronique progressif inflammatoire » par Forestier (1929), a été appliquée par l'un de nous (Françon, 1930) au Chauffard-Still, et est dans cette affection particulièrement indiquée et efficace.

CONCLUSIONS

Nous avons vu que si, pour certains auteurs, la « maladie de Chauffard-Still » n'avait pas d'autonomie, il en était d'autres pour qui cette affection était une entité nosologique particulière aux enfants. Notre étude critique nous permet de conclure que la « *maladie* » *de Chauffard-Sill n'a aucune autonomie, clinique, anatomo-pathologique, hématologique, bactériologique, thérapeutique.*

Il convient de replacer, à titre de forme anatomo-clinique courante chez l'enfant, mais possible chez l'adulte, la « maladie » de Still dans le cadre du « rhumatisme chronique progressif inflammatoire ».

NOUVELLE TECHNIQUE DU TEST PYRUVIQUE URINAIRE POUR L'APPRÉCIATION DES HYPOVITAMINOSES B1

Par Maurice UZAN et Jacques GUNEPIN

Notre préoccupation a été de rechercher, pour l'appréciation de ces états de carence en vitamine B1, une méthode en quelque sorte « clinique », facile d'exécution, à la portée des moyens des plus modestes praticiens.

C'est pourquoi il nous est apparu que les techniques d'étude directe de l'aneurine dans le sang ou les urines, avec ou sans surcharge vitaminique préalable, ne pouvaient répondre à ces desiderata. En effet, les méthodes de dosages décrites de cette vitamine, qu'elles soient biologiques (test de croissance du rat, test de la crampe du pigeon, test de la croissance du Phycomyces blakesleanus ou d'autres micro-organismes, test de la bradycardie, etc.) ou chimiques (méthodes au thiochrome, techniques colorimétriques diverses, azotest, techniques de fermentation, manométriques ou non, etc.) sont très délicates d'exécution et nécessitent des installations coûteuses et compliquées dont ne disposent que certains laboratoires spécialisés.

Ces procédés difficiles ne sont pas tout à fait d'ailleurs exempts de critique ; ils ont leurs sources d'erreur et nécessitent des interprétations. Dans le sang, les variations de taux de la thiamine sont petites, de perception délicate ; elles sont souvent tardives, car le sang a tendance à maintenir longtemps sa teneur normale aux dépens des tissus. Dans les urines, on rencontre souvent des phénomènes paradoxaux qui méritent attention : tel sujet en carence réagit à l'injection ou l'ingestion de la vitamine par des éliminations massives de cette substance, comme si cette dernière ne faisait que traverser l'organisme sans être utilisée ; tel autre réagit à l'inverse et retient d'autant plus la vitamine que la dose qui lui est apportée est plus forte. Ritsert (1938) avait déjà observé ce fait et nous avons eu l'occasion de le vérifier au moins une fois.

Or, ce qu'il y a lieu d'apprécier en clinique, ce n'est pas seulement un taux de concentration dans le sang ou d'excrétion dans l'urine, mais bien l'*utilisation* de la vitamine dans l'organisme et il ne faut pas perdre de vue qu'en dehors des carences d'apport, il existe aussi des carences d'utilisation vitaminique.

C'est pourquoi nous avons été attirés aussitôt, en ce qui concerne le cas de l'aneurine, par les travaux concernant les tests pyruviques qui, depuis 1932, avaient éveillé l'intérêt des auteurs américains.

L'étude de la pyruvicémie présente évidemment un gros intérêt. Sa technique n'est pas simple et nécessite déjà des exécutants exercés ; on en trouvera la description dans les travaux de Lu, Mlle Vinet et Raoul, Meunier et Raoul, Devis et Simonart, Chevillard et Hamon, etc.

En revanche, le test pyruvique urinaire est fort commode et, grâce à la technique de Clift et Cook, dosant par une méthode simple les « bisulphite-binding-substances » (d'où le nom de test B.B.S.), c'est-à-dire l'ensemble des corps carbonylés urinaires, on a un moyen d'étude rapide et facile.

Utilisé à l'étranger par de nombreux auteurs, importé et étudié en France par Servantié et ses collaborateurs, Meunier et Raoul, Vaille et Laplane, J. Paraf et ses élèves, il a permis déjà des travaux intéressants et bien conduits. Les faits expérimentaux de Harper et Deuel montrant, chez le rat, le parallélisme de l'élévation de l'excrétion pyruvique urinaire et la diminution des réserves en thiamine et, comme corollaire, l'abaissement de cette excrétion par administration de doses convenables de la vitamine, sont venus lui apporter un fondement plus solide, malgré les restrictions découlant des faits observés par Schils, Day et Mc Collum. Des constatations cliniques nombreuses plaident dans le même sens (Cf. en particulier Banerji et Harris).

Cependant, comme le faisaient déjà remarquer Harper et Deuel, l'excrétion pyruvique dépend du stade de digestion auquel correspond le prélèvement. Et récemment, en France, Vaille et Laplane ont montré les variations horaires et journalières de cette excrétion et les modifications du taux de l'acide pyruvique en rapport avec la densité des urines.

Les auteurs, en général, dosent l'excrétion journalière totale et la moyenne pour les divers expérimentateurs est assez différente : 240 mgr. (auteurs américains), 250 mgr. (Servantié), 200 mgr. chez le nourrisson (Vaille et Laplane), 340 mgr. chez l'adulte (Paraf, Desbordes et Eidesheim).

Nous partageons les critiques faites quant aux variations de l'excrétion sous l'action du régime et de l'horaire des repas (glucides surtout).

D'autre part, le test B.B.S. ne dose pas que l'acide pyruvique et, par suite, il y a lieu de montrer chaque fois qu'il s'agit bien d'un trouble lié à la carence en corboxylase et, partant, en vitamine B1 : l'injection corollaire de cette vitamine doit en faire la preuve par l'abaissement subséquent du taux trouvé.

***

C'est dans ces conditions que l'un de nous commença ses recherches, aidé au début, lorsqu'ils étaient réunis aux armées, par M. Morin.

Nous avons pu constater les faits suivants :

1. *Chez l'homme non carencé.* — Si l'on étudie les variations de l'excrétion pyruvique horaire *à jeun*, le débit horaire, pendant les six premières heures, a tendance à être assez constant pour un sujet donné (variations inférieures à 10 %), avec une tendance à croître ensuite. Ce débit horaire *de base* est, suivant le cas, de 5 à 10 mgr.

L'injection de thiamine à forte dose (15 mgr.) le réduit en 2 heures, mais de moins de 20 % de sa valeur.

2. *Chez l'individu carencé.* — Le débit horaire de base monte à 20, 25 mgr. et plus. Il croît avec le jeûne. L'injection massive de vitamine B1 (15 mgr.) réagit différemment suivant le cas : en général, on assiste après 2 heures à un abaissement marqué du taux pyruvique urinaire de plus de 20 % de sa valeur primitive. Cependant, dans les carences graves, on peut trouver, à côté d'un chiffre de départ très élevé une réponse presque nulle à l'injection unique ; mais, dans ces cas, d'ailleurs rares, la répétition des injections (réalisant une véritable action thérapeutique) finit par l'abaisser nettement.

***

Nous basant sur ces faits, nous avons réglé notre épreuve comme suit :

Le sujet étant au réveil à jeun, évacue sa vessie et l'urine est rejetée. L'heure est notée. Au bout de 2 heures, récolte de l'urine dans un premier récipient (I). Injection aussitôt de 15 mgr. de thiamine. Nouvelle récolte de l'urine 2 heures après cette injection (II). On effectue le dosage des corps carbonylés selon la technique de Clift et Cook légèrement modifiée (1), après s'être assuré de l'absence d'acétone dans les deux échantillons d'urine (auquel cas les résultats ne sont plus valables). Ce dosage devra être effectué au plus tôt et en tous cas le jour même. On calcule le débit horaire dans chaque échantillon en divisant par 2 le chiffre trouvé correspondant.

L'interprétation des résultats découle de nos premières constatations. On pourra la schématiser comme suit :

1. *Cas normaux.* — Le débit horaire de base est de moins de 10 mgr. L'injection de thiamine l'abaisse de moins de 20 % de sa valeur.

2. *Carences moyennes.* — Le débit horaire de base est de plus de 10 mgr. L'injection de thiamine l'abaisse de plus de 20 % de sa valeur.

3. *Carences graves.* — Le débit horaire de base est très élevé : 25, 30 mgr. et plus. L'injection unique de thiamine semble sans action. Après traitement pendant 2 à 3 jours par la vita-

mine B1, la réaction prendra l'aspect décrit dans l'un des deux paragraphes précédents.

4. *Cas limites.* — On peut, dans des cas particuliers et rares, obtenir des chiffres limites. Il peut y avoir alors intérêt à considérer une troisième urine émise de la 4e à la 6e heure dans laquelle l'abaissement du taux sera plus évident que dans l'urine II. On pourrait aussi être conduit à répéter le test, mais dans ce cas, il y a lieu de laisser un repos de trois jours au sujet entre les deux épreuves, afin de permettre l'élimination de l'influence de la première injection d'aneurine.

***

Nous avons déjà appliqué ce test à l'étude de plusieurs cas et nous avons l'impression que les résultats obtenus concordent jusqu'à présent avec les constatations cliniques et thérapeutiques. Nous espérons qu'il pourra rendre quelques services au praticien qui, éloigné des grands laboratoires, voudra cependant apprécier les états — mêmes frustes — d'hypovitaminose B1.

BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE

1. CLIFT et COOK. *Biochem. Journ.*, 1932, t. 26, p. 1.788.
2. PLATT et LU. *Quat. Journ. of Med.*, 1936, t. 5, p. 355.
3. BANERJI et HARRIS. *Biochem. Journ.*, 1939, t. 33 II, p. 1.346.
4. HARPER et DEUEL. *J. Biol. Chem.*, 1941, t. 137, p. 233.
5. SCHILS, DAY et MC COLLUM. *Am. J. Med. Sc.*, 1941, t. 201, p. 561.
6. SERVANTIÉ, LIARD et SAURY. *C. R. Soc. Biol.*, 1941, t. 135, p. 1.685.
7. MEUNIER et RAOUL. *Diagnostic chimique des Avitaminoses*, Masson, édit., 1942, p. 78.
8. VAILLE et LAPLANE. *Soc. Méd. Hôp.*, 23 oct. 1942, p. 370.
9. SERVANTIÉ. *Ann. Biol. Clin.*, 1943, tome 1, n° 3, p. 68.
10. VAILLE et LAPLANE. *Ann. Biol. Clin.*, 1943, t. 1, n° 3, p. 72.
11. J. PARAF, DESBORDES et A. PARAF. *Bul. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris* 1943, t. 59, p. 341.
12. J. PARAF, DESBORDES et EIDESHEIM. *C. R. Soc. Biol.*, 1943, t. 137, p. 333.
13. A. PARAF. *Presse Méd.*, 2 oct. 1943, n° 37, p. 543.

(1) *Technique résumée du dosage.*

Réactifs :

1. HCl pur.
2. Sol. de bisulfite de Na. à 1 % (extemporanée).
3. Sol. d'iode N/10.
4. Sol. d'iode N/100 (très fraîche).
5. Sol. saturée de CO3HNa.
6. Empois d'amidon à 1 % frais (vérifier la netteté du virage de cet indicateur).

Technique :

A 10 cc. d'urine on ajoute 1 ou 2 gouttes d'HCl jusqu'à pH 3 environ. En cas de trouble, centrifuger.

A 1 cc. de cette urine claire acide, on ajoute dans un bécher 5 cc. de la sol. de bisulfite. Agiter. Laisser reposer 20 minutes. Verser 1 cc. d'empois, puis avec une burette graduée, goutte à goutte de la sol. d'I N/10 et enfin au moyen d'une microburette, de la sol. d'I N/100 jusqu'à coloration bleue persistant 15''. On ajoute alors 5 cc. de la solution saturée de bicarbonate et titre à nouveau avec I N/100 jusqu'à virage bleu persistant 15''. Soit n le nombre de cc. trouvés dans ce titrage. Le taux des corps carbonylés urinaires, exprimé en acide pyruvique, est donné par la formule :

Ac. pyruvique par cc. = 0,44 n.

N.-B. — Il y a intérêt à pratiquer pour chaque échantillon deux mesures au moins afin d'éviter des erreurs d'appréciation toujours possibles.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 9 OCTOBRE 1945

Notice nécrologique sur M. Milian. — M. SÉZARY.

Etiologie et pathogénie de l'ulcère phagédénique des pays chauds et de la pourriture d'hôpital. — M. H. VINCENT. — « Autrefois très fréquente, surtout pendant les guerres, cette affection continue à régner à l'état endémique ou épidémique dans les pays chauds. J'en ai observé, en 1896, 47 cas, la plupart très graves et j'ai décrit les lésions histologiques, la pathogénie et le microbe pathogène. Celui-ci est le même qui détermine l'angine spéciale due au *Bacillus fusiformis*, associé habituellement au spirochète.

Le bacille existe en proportions colossales dans le putrilage fétide de l'ulcère, très souvent à l'état pur, surtout dans la profondeur. D'autres microbes (staphylocoques 30 fois, streptocoques 10 fois, etc.), ont été également isolés.

J'ai signalé qu'à l'exemple d'autres bacilles, le *B. fusiformis* est tantôt mobile, tantôt immobile (ce dernier surtout dans l'angine) ; on peut même observer l'un et l'autre à la fois dans la même préparation. Le *B. fusiformis* est cultivable dans les milieux organiques. Il n'est pas inoculable à l'homme sain, ni à l'animal sain. Mais il provoque la lésion phagédénique et putride chez les animaux dont on a écrasé les muscles, chez ceux qui ont été soumis à la diète pendant quatre jours, chez le lapin tuberculeux, cachectique, etc... Enfin l'inoculation est très favorisée par l'adjonction du staphylocoque, du streptocoque, du bacille pyocyanique, du protéus, etc...

Ces notions éclairent la pathogénie de l'ulcère phagédénique ou pourriture d'hôpital. Cette dernière, très grave, a amené la chute du membre chez certains des malades que j'ai observés. Une excoriation, une lésion minime, surtout avec contusion, peuvent faire naître la lésion chez les sujets malpropres. La misère physiologique, l'insuffisance alimentaire, les avitaminoses, le surmenage, la malpropreté extrême, la contagion, certaines maladies prédisposantes, telles que la tuberculose, favorisent l'ensemencement du *B. fusiformis* et l'apparition de la lésion ulcéro-putride.

J'ai obtenu la guérison rapide par la détersion lente et minutieuse de l'ulcère, répétée chaque jour et suivie de saupoudrage abondant avec de la poudre formée d'un mélange d'hypochlorite de chaux desséché (1 partie) et d'acide borique pulvérisé, également desséché (9 parties). Les derniers pansements sont aseptiques simples. »

M. H. Vincent fait remarquer en outre que le « bacille de Plaut », signalé récemment par trois auteurs français comme bacille mobile présent dans l'ulcère phagédénique, n'a aucun rapport avec le *Bacillus fusiformis* de H. Vincent (angine, ulcère phagédénique, etc...), Plaut a mentionné, dans certaines angines, l'existence de « bacilles de Miller ». Il a dû reconnaître que ces derniers étaient purement et simplement le *Spirillum spectigenum*, microbe mobile, fréquent dans la cavité buccale (voir *Gaz. Hôp.*, 1905, nos 18 et 28), et n'ayant aucun rapport réel avec les infections à fuso-spirochètes, en particulier avec l'angine.

Prévention de la syphilis expérimentale du lapin par la pénicilline. — MM. LEVADITI et VAISMAN. — A des lapins infectés par une souche de virus syphilitique, on a administré immédiatement et après 8 jours de la pénicilline intramusculaire. Le syphilome scrotal, constant chez les témoins, a toujours manqué et les ganglions poplités sont sans virulence.

Il y a donc non seulement immunité anti-chancreuse, mais stérilisation profonde de l'organisme, à condition d'injecter la pénicilline à dose assez élevée et à un rythme accéléré.

Un nouveau procédé d'exploration fonctionnelle du foie par l'hydrolyse de la novocaïne. — MM. FIESSINGER, HAZARD, RAVASSE et CHARLES. — Le sérum sanguin normal ou pathologique hydrolyse la novocaïne. Dans l'insuffisance hépatique des cirrhoses et des grands ictères, cette hydrolyse est très diminuée et parallèlement aux signes cliniques d'insuffisance. L'épreuve au rose bengale présente la même évolution que la baisse de la « novocaïnestérase », proche elle-même de l'évolution de la cholinestérase.

Le foie aurait donc un rôle important dans la formation des estérases en général.

Les phénomènes d'immunité dans l'éosinophilie des helminthiases. — M. LAVIER. — Lors de réinfestation par un helminthe, l'éosinophilie sanguine évolue de la même façon que dans la première infestation, mais atteint un maximum toujours moins élevé, si forte que soit la dose infestante et quel que soit le parasite.

Il y a donc accoutumance de l'organisme à l'action des produits vermineux sur la moelle osseuse. Cette immunité relative se décèle dès la première atteinte par l'évolution en 3 phases de la courbe évolutive de l'éosinophilie.

Rapport de M. TANON sur l'incorporation de carbonate de calcium au pain.

Remerciements de M. le Président à l'Académie Suisse des Sciences médicales pour la cordialité de l'accueil fait aux représentants de la Médecine française.

Séance du 16 octobre 1945

Nécrologie. — Le président fait part à l'Académie du décès de MM. Vlès (de Strasbourg), Paviot (de Lyon), Jeanneney (de Bordeaux), Le Roy des Barres (d'Hanoï), correspondants nationaux, et de M. Pezzi (de Milan), correspondant étranger.

Rapport de M. Tanon sur l'addition au pain de la farine de soja. — L'Académie émet un avis favorable, bien que les protéines de cette farine ne puissent tenir la place des protéines de la viande. La farine de soja pourra être aussi délivrée comme suralimentation.

A propos d'une mission au Canada et aux Etats-Unis. — M. Baudouin présente à l'Académie une synthèse des remarques d'ordre professionnel et intellectuel qu'il a pu faire dans l'un et l'autre pays, ainsi que les conclusions qui, dans le domaine de la propagande française, doivent être tirées du présent état de choses.

Discussion : MM. Clerc, Armand-Delille.

Mécanisme de la lyse pénicillinique « in vitro ». — MM. Levaditi et Vaisman. — Les techniques de coloration du staphylocoque et du coli-bacille par le nitrate d'argent ont été employées pour préciser le mécanisme de la lyse par la pénicilline. Les microorganismes sont grossis et l'observation devient plus aisée. La pénicilline agit sur la membrane limitante dont elle atténue ou supprime l'argyrophilie, soit que la membrane ne fixe plus le nitrate d'argent, soit que le nitrate fixé cesse d'être réductible. Le blocage des enzymes qui président à la division cellulaire provoque l'hypertrophie des corps bactériens dès la phase pré-lytique du phénomène. Cette activité physico-chimique du principe antibiotique a pour conséquence des modifications de la perméabilité de la membrane. Les bactéries se gonflent et se transforment en stromas non argentophiles, qui persistent longtemps dans les milieux de culture mais cessent d'être cultivables.

Les altérations des voies bronchiques dans les pneumoconioses et leur importance dans la détermination des symptômes fonctionnels. — M. Policard.

Sur 100 cas de silicose ou de silicotuberculose, ont été faites les constatations anatomiques suivantes :

Les bronches cartilagineuses sont chroniquement enflammées avec hypertrophie musculaire et atrophie de l'appareil élastique.

Les bronchioles et même leurs vestiges disparaissent dans les régions fibrosées des poumons ; dans les régions moins lésées, l'épithélium disparaît, la musculature s'hypertrophie, l'armature élastique se disloque avant de disparaître ; infiltration péri-bronchiolique avec cellules lymphocytiformes et cellules à poussières. Bronchiolite sèche dans certains cas.

Lésions qui expliquent l'atélectasie et ses conséquences, ainsi que l'importance des troubles fonctionnels.

Résultats de la radiographie systématique des mineurs au charbon. Comment organiser le dépistage de la silicose. — MM. Edme Martin et Roche. (Présentation par M. Policard.) — Les auteurs exposent les résultats statistiques résultant de l'examen radiographique systématique de 3.078 mineurs du bassin de Saint-Etienne et les conséquences pratiques au point de vue protection qu'en ont tirées les administrations houillères.

Les insuccès du traitement antirabique. — M. Remlinger. — Etude statistique et critique des résultats du traitement antirabique dans divers pays.

Hydrolyse de la novocaïne par le sérum sanguin. Evaluation quantitative de cette hydrolyse. — MM. Hazard et Ravasse. — En appliquant à la novocaïne et à son produit d'hydrolyse, l'acide para-aminobenzoïque, la réaction de Marshall qui sert ordinairement au titrage colorimétrique des sulfamides, on obtient des azoïques qui, en présence de soude et d'éther, se comportent différemment dans le cas de l'ester ou de son acide formateur.

La technique utilisée permet de démontrer que le sérum sanguin saponifie la novocaïne, et de suivre l'évolution de cette hydrolyse qui se montre plus ou moins rapide et plus ou moins complète suivant qu'il s'agit de sérums normaux ou pathologiques.

XLVIIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

La séance inaugurale s'est tenue le 8 octobre, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, devant une nombreuse assistance ; autour du Dr Albert Mouchet, président, on notait la présence de M. G. Duhamel, de M. le Recteur Roussy, M. Lévêque, directeur de l'Assistance publique, M. le Professeur Hartmann, président de l'Association française de chirurgie, M. le professeur Mondor, secrétaire général, MM. Max Page, Grey Turner (Grande-Bretagne), Léopold Mayer, Delchef, Neumann, Danis, de Moor (Belgique), etc...

Dans son discours d'ouverture, M. Albert Mouchet retrace l'évolution de la chirurgie ostéo-articulaire, depuis la publication du premier ouvrage consacré à l'Orthopédie par Nicolas Andry en 1741, que de noms illustres se sont attachés à l'étude des affections du squelette et à ses malformations ; Delpech, l'inventeur de la ténotomie, Dupuytren, J. Guérin, Malgaigne, Ollier dont « l'étude sur les résections et les régénérations articulaires est un modèle d'effort méthodique et fécond ». Son œuvre domine toute l'histoire de la chirurgie osseuse du XIXe siècle, à laquelle deux étapes restaient à franchir : l'étape radiologique, si abondante en découvertes, en classification exacte des maladies, l'étape biologique dont Leriche fut en France l'initiateur incomparable.

M. Max Page, vice-président du Collège Royal de Londres, apporte le salut amical des chirurgiens anglais et remet au président une plaquette contenant les photographies des destructions causées à leur Institut par les bombardements allemands.

ETUDE DES TROUBLES FONCTIONNELS DU CORPS THYROIDE

PREMIER RAPPORT

Hyperthyroïdisme et thyrotoxicose
Formes rares ou anormales et traitement

M. Petit-Dutaillis (Paris), rapporteur, passe en revue les tests biologiques proposés pour le diagnostic des hyperthyroïdies ; il estime que le métabolisme basal reste le test le plus fidèle ; mais sa confrontation avec les signes cliniques est indispensable pour apprécier l'importance des troubles engendrés par l'hyperthyroïdisme. La mesure du métabolisme de base ne résoud pas toujours la question de la participation thyroïdienne dans les symptômes observés au cours de certaines formes frustes de maladie de Basedow ; dans les cardio-thyreoses, le métabolisme de base peut être normal, bien que le corps thyroïde soit à l'origine des troubles fonctionnels.

L'exophtalmie reste la manifestation clinique la plus difficile à interpréter ; on admet aujourd'hui qu'elle serait due à un retentissement direct sur le mésocéphale, de la thyroxine et d'autres hormones d'origine surrénalienne ou hypophysaire.

Parmi *les formes anormales* de l'hyperthyroïdisme, les formes galopantes sont au-dessus de toute ressource thérapeutique. On a pu rencontrer, assez rarement d'ailleurs, l'intrication de signes d'hyper et d'hypothyroïdisme, ce qui n'exclut pas forcément la thyroïdectomie. Parmi les associations, la plus intéressante est celle de l'hyperthyroïdisme avec le diabète, car on peut escompter une amélioration de celui-ci après la thyroïdectomie. L'opération est en effet légitime, à condition de pratiquer la cure d'insuline pré-opératoire. La thyroïdectomie peut trouver quelques indications également dans les cas d'hyperthyroïdie associée aux syndromes parkinsonniens post-encéphalitiques.

La *pathogénie* des syndromes toxiques d'origine thyroïdienne reste encore des plus discutées ; si la théorie de l'hyperthyroïdisme s'applique à la majorité des cas, elle n'explique pas cependant tous les symptômes ; la participation des autres glandes endocrines (surrénale, hypophyse) est certaine, mais secondaire.

Le *traitement chirurgical* demeure le traitement de choix de l'hyperthyroïdisme ; le traitement médical ne s'applique qu'aux formes légères ; la radiothérapie aux formes aiguës ou aux malades qui refusent l'intervention ou encore à titre de traitement pré-opératoire dans certains cas ; enfin elle rend service dans les récidives après thyroïdectomie.

La thyroïdectomie subtotale large constitue l'intervention de choix, mais l'étendue qu'il convient de lui donner pour assurer la guérison tout en ménageant la fonction, reste l'un des points les plus délicats de la chirurgie du corps thyroïde ; l'exérèse doit

être d'autant plus importante que la maladie est plus grave, le métabolisme de base plus élevé dans les formes subaiguës et les cardio-thyréoses. L'iodo-résistance ne constitue pas une contre-indication opératoire, mais doit parfois inciter à sérier les temps opératoires. Les résultats de l'iodothérapie pré-opératoire ne doivent pas d'ailleurs faire renoncer délibérément aux interventions en deux temps et même aux ligatures préalables dans les cas graves.

La *mortalité opératoire* oscille entre 0,8 et 2 % ; elle est due le plus souvent aux accidents décrits sous le nom d'hyperthyroïdisme aigu post-opératoire et que des recherches récentes attribuent à un « sevrage » (Mahaux) brusque d'un organisme habitué à des doses élevées de thyroxine ; l'administration de celle-ci immédiatement après l'opération mettrait à l'abri de l'apparition de cet accident (Berger).

Les résultats éloignés sont dans l'ensemble excellents, puisque 80 à 90 % des malades peuvent reprendre par la suite une existence normale ; 50 à 60 % d'entre eux sont totalement guéris. Les récidives s'observent dans moins de 10 % des cas ; l'indication d'une réintervention se pose exceptionnellement ; la radiothérapie complémentaire permet, en règle d'obtenir une guérison totale.

L'exophtalmie résiduelle peut relever d'interventions sur le sympathique cervical et dans les cas graves à allure progressive, de l'opération de Naffziger.

DEUXIEME RAPPORT

La chirurgie dans les états d'insuffisance thyroïdienne

M. Peycelon (Lyon). — Dans les hypothyroïdies spontanées (myxœdème infantile, myxœdème acquis de l'adulte), les procédés chirurgicaux destinés à améliorer la qualité ou la quantité de l'hormone thyroïdienne ne semblent pas avoir donné jusqu'ici des résultats définitifs et probants. La raison majeure en est la fréquence du caractère congénital ou précoce des syndromes déficitaires frappant l'organisme au moment de son développement ; les tares qui s'installent sont difficilement modifiées par un traitement ultérieur ; seule l'hypothyroïdie de l'adulte peut réagir favorablement, en particulier aux greffes chirurgicales.

Le *myxœdème post-opératoire* est la forme la plus intéressante des hypothyroïdies chirurgicales, car elle pose un problème étiologique difficile ; le myxœdème peut manquer après des thyroïdectomies totales effectuées avec l'idée d'être radicale et par contre apparaître après une thyroïdectomie partielle à visée conservatrice ; dans cette dernière éventualité, il semble que tout dépend de la qualité sécrétoire du parenchyme restant et certaines observations laissent à penser que cette qualité fonctionnelle peut varier chez un même individu. Cependant les formes graves de myxœdème post-opératoire sont devenues exceptionnelles ; on n'observe plus que des formes frustes souvent transitoires et susceptibles d'amélioration spontanée ou de guérison complète sous l'influence de l'opothérapie.

De toute façon, aucun argument, aucune sanction pratique n'autorisent à sacrifier de façon systématique la totalité du parenchyme thyroïdien.

La chirurgie thyroïdienne dans la thérapeutique de divers troubles fonctionnels

M. R. Peycelon. — Les états pathologiques de la glande thyroïde créent des lésions organiques et des troubles fonctionnels divers qui prennent parfois une intensité telle qu'on peut en individualiser des formes cliniques spéciales ; telles sont les cardio-thyréoses, les formes glycosuriques de l'hyperthyroïdisme, les formes psychiques de la maladie de Basedow.

Partant de l'action bienfaisante des thyroïdectomies dans ces manifestations de la glande, on a élargi le cadre de la chirurgie thyroïdienne et tenté, par des interventions sur un corps thyroïde normal, d'influencer l'évolution de troubles cliniquement similaires, mais évoluant en dehors de tout dysfonctionnement apparent de sécrétion.

Les données expérimentales montrent que ces troubles ne sont favorablement influencés que s'ils coexistent avec d'autres manifestations marquant nettement la viciation de la sécrétion thyroïdienne. Les résultats chirurgicaux confirment le bien-fondé de ces données expérimentales ; c'est ainsi que dans les cardio-thyréoses, les réultats obtenus par la thyroïdectomie sont très brillants et très supérieurs à ceux obtenus dans les cardiopathies banales, dans l'hypertension, dans les troubles du métabolisme du sucre, etc...

La chirurgie fonctionnelle connaît des succès quand elle s'attaque à une thyroïde altérée et vise à être correctrice d'un trouble. Elle n'a pas donné de résultats valables quand on cherche à agir sur une glande saine pour en modifier le cycle sécrétoire.

DES ANASTOMOSES BILIO-DIGESTIVES RESULTATS ELOIGNES

PREMIER RAPPORT

Les résultats fonctionnels des anastomoses bilio-digestives

MM. Mallet-Guy et R. Soupault. — Des recherches expérimentales et de l'étude radiologique des *anastomoses vésiculaires* on peut dégager les conclusions suivantes :

Le reflux baryté est loin d'être constant chez les opérés de cholécysto-gastrostomie, puisqu'il ne s'observe pas dans la moitié des cas.

L'analyse des images vésiculaires tend à prouver qu'il se fait peu à peu une adaptation motrice de la paroi vésiculaire dont la tonicité accrue réalise bientôt un appareil de défense du milieu hépatique.

Si l'angiocholite ascendante est peu fréquente après cholécysto-duodénostomie, les conditions physiologiques sont nettement plus défectueuses et le contenu du duodénum reflue souvent dans l'arbre biliaire.

La cholécysto-gastrostomie paraît donc préférable, d'autant plus qu'elle est techniquement plus facile et moins dangereuse.

L'appréciation des résultats des anastomoses de la voie biliaire principale est plus difficile à établir du fait que les statistiques publiées ne précisent pas toujours avec exactitude les *conditions fonctionnelles* devant lesquelles s'est trouvé l'opérateur. De l'analyse qu'il a pu en faire, le rapporteur conclut qu'en dehors de tout rétrécissement de la bouche, de toute oblitération calculeuse, de toute sténose duodénale, de tout envahissement néoplasique, on peut voir survenir chez un opéré porteur d'une anastomose de la voie biliaire principale une angiocholite dont la responsabilité incombe exclusivement à l'abouchement direct de la voie biliaire dans le tube digestif, à l'ascension microbienne qu'elle entraîne à sa suite et contre laquelle ne se dresse aucune barrière. La constatation du reflux baryté est en effet fréquente, mais lorsque le segment inférieur du cholédoque est perméable, celui-ci vient assurer la vidange de l'arbre hépatique et diminue d'autant l'importance du reflux. Du point de vue fonctionnel, il faut donc séparer radicalement les anastomoses de la voie biliaire principale sur cholédoque sténosé ou oblitéré et sur cholédoque libre.

Lorsque survient une angiocholite ascendante dans les suites d'une anastomose bilio-digestive, il importe de la dépister aussi précocement que possible ; différents procédés thérapeutiques permettent en effet de remédier aux lésions ou aux états physiopathologiques qui peuvent être à leur origine.

RESULTATS THERAPEUTIQUES

Dans les cancers du pancréas, de la voie biliaire principale, de l'ampoule de Vater, le but de l'anastomose est modeste, bien que ce soit une des indications les plus courantes. La durée moyenne d'évolution de ces cancers traités par dérivation interne est en moyenne de cinq à dix mois, sauf pour le cancer de l'ampoule de Vater lorsqu'on a pu faire l'exérèse de la tumeur. L'amélioration clinique est toujours très appréciable, mais la mortalité opératoire est élevée (entre 20 et 40 %).

Dans les lésions traumatiques (fistules et rétrécissements biliaires), l'anastomose représente en règle une opération de nécessité dont les résultats sont bons dans 52 % des cas ; 25 % d'échecs.

Maladie biliaire de la voie principale. — Tout le problème thérapeutique réside dans la suppression de la stase et toute la discussion porte sur la valeur comparée de l'anastomose bilio-digestive et du drainage direct de la voie biliaire principale.

Les défenseurs de l'anastomose estiment que cette méthode comporte les *indications suivantes :* tous les cas de lithiase compliquée ou non, quel que soit l'âge du sujet, le degré et l'ancienneté de l'ictère, même s'il y a une angiocholite suppurée grave ; dès que l'on soupçonne une sténose cholédocienne grave de quelque nature que ce soit.

Les *contre-indications* ne viennent que de l'étroitesse des voies biliaires, de la friabilité des tuniques.

Les *résultats éloignés* donnent 80 % de guérison ; la mortalité post-opératoire est de 10 % au maximum.

La plus grave objection que l'on puisse faire à l'anastomose réside dans le caractère définitif et irrémédiable de la cholédoco-duodénostomie *primitive ;* elle représente en effet un acte de parti pris qui coupe les ponts derrière lui. Elle rend impossible l'étude de chaque cas en particulier (étude clinique post-opératoire, étude fonctionnelle par cholangiographie), ce qui permet de modeler la tactique opératoire au cours d'un deuxième temps.

Elle doit cependant prendre place à côté de l'hépaticus drainage de Kehr dans le traitement de la lithiase de la voie biliaire principale.

Il est à remarquer que les résultats des anastomoses cholédoco-duodénales *secondaires* sont nettement inférieurs à ceux des anastomoses primitives.

Dans les suites douloureuses des choléeystectomies, les anastomoses secondaires sont rationnelles et ont donné dans certains cas de bons résultats.

Dans les pancréatites chroniques, seules les lésions de la tête du pancréas ou les pancréatites ictérigènes peuvent relever éventuellement des anastomoses ; si la cholécystectomie représente l'opération idéale qui guérit 8 fois sur 10, en cas d'échec l'anastomose bilio-digestive constitue une ressource précieuse qui donne presque toujours un succès.

LES ENDOMETRIOMES. MM. Brocq et Delannoy

PREMIER RAPPORT

Anatomie pathologique. Clinique. Pathogénie

MM. Brocq et Varangot. — Dans sa forme typique, l'endométriome est anatomiquement et physiologiquement un utérus en miniature. L'endométriose peut se présenter tantôt sous la forme de tumeurs, masses de petit volume assez bien individualisées, tantôt sous forme d'infiltrations diffuses irrégulières s'étendant en surface. Ces foyers sont habituellement *multiples et renferment du sang à leur intérieur.* Leur localisation est des plus variables : dans 70 % des cas elle est utérine et dans 13 % des cas ovarienne ; mais on a pu rencontrer cette lésion au niveau de la cloison recto-vaginale du ligament utérin, du sigmoïde et du rectum, du péritoine pelvien, enfin, mais exceptionnellement, à l'ombilic, l'appendice, la vessie, les cicatrices de laparotomie, les membres.

Physiologiquement, l'activité ovarienne et son rythme cyclique a une influence directe sur le foyer d'endométriose qui est réglé chaque mois comme l'utérus. Mais de plus certains foyers endométriaux ont une allure franchement extensive, progressant en profondeur ou en surface, refoulant les tissus voisins sans les détruire.

L'extinction de l'activité ovarienne, la ménopause naturelle, opératoire ou par les rayons X suffit à arrêter l'évolution de l'endométriose.

Cliniquement, l'endométriose s'observe toujours chez des femmes en période d'activité génitale ; dans certains cas, l'affection est parfaitement silencieuse, tandis que chez d'autres malades, elle entraîne une *dysménorrhée violente, tardive, s'aggravant progressivement.*

Suivant la localisation, les signes physiques sont ou évidents (endométriose de la cloison recto-vaginale, ombilic, cicatrice de laparotomie) ou au contraire nuls. L'exploration chirurgicale permet à un esprit averti de la découvrir au cours d'une laparotomie et de l'identifier.

Différentes théories pathogéniques ont été émises concernant cette lésion ; actuellement on tend à admettre que l'endométriose a pour origine l'endomètre lui-même.

L'endomètre venu du corps utérin peut se développer :

— dans la paroi utérine par le processus du *diverticule* (Cullen) ;

— dans le bassin, les organes génitaux, la paroi abdominale par le processus de la *greffe en semis* (théorie de Sampson) ;

— dans l'utérus, le bassin, la paroi abdominale et à distance jusque dans les membres *par métastase* (Halban).

Chacune de ces théories paraît comporter une part plus ou moins grande d'exactitude.

DEUXIEME RAPPORT

Diagnostic opératoire et traitement

M. Delannoy (Lille). — La difficulté d'un diagnostic basé sur le seul aspect macroscopique, l'importance de ce diagnostic pour la conduite opératoire impliquent la nécessité pour le chirurgien d'avoir souvent recours à l'examen histologique extemporané.

Le traitement chirurgical et la radiothérapie sont les seuls moyens efficaces vis-à-vis de l'endométriose.

La tactique opératoire doit tenir compte de l'âge de la malade, de ses aspirations (opération radicale ou conservation de la menstruation) et aussi des notions suivantes :

— l'endométriose est une lésion bénigne histologiquement ;

— l'endométriose n'est pas encapsulée, ce qui explique la difficulté de certaines exérèses locales, leur insuffisance, d'où les récidives ;

— notion du rôle de la sécrétion ovarienne ; la castration chirurgicale ou radiothérapique suffit pour guérir des localisations dont l'exérèse chirurgicale serait dangereuse.

En cas *d'endométriose génitale*, la *laparotomie* s'impose pour reconnaître la lésion, son étendue et fixer le choix entre castration ovarienne et opération conservatrice. Les *endométrioses de la cloison recto-vaginale* sont l'objet d'avis contradictoires entre les partisans de la castration et ceux qui préfèrent l'exérèse locale de la tumeur avec conservation d'un ou deux ovaires si possible.

La radiothérapie comporte quelques indications précises : les récidives, les contre-indications générales de l'opération, les contre-indications locales (endométrioses étendues envahissant le petit bassin), le voisinage de la ménopause.

***

Le prochain Congrès se tiendra en octobre 1946, sous la présidence de M. Jacques de Fourmestreaux (de Chartres) ; vice-président, M. A. Baumgartner (de Paris).

Questions à l'ordre du jour :

Identification et traitement des embolies pulmonaires post-opératoires. — MM. Redon et Fontaine.

Réparation des pertes de substance des nerfs périphériques. — MM. Martin (Bruxelles), Merle d'Aubigné, Wertheimer.

La conservation du sphincter dans la chirurgie du cancer du rectum. — MM. d'Allaines et de Vernejoul.

P. Lance.

P.-S. — Autour du Congrès de chirurgie était organisée, comme autrefois, une exposition dans laquelle les grands laboratoires et les fabricants d'instruments de chirurgie ont pu, pour la première fois depuis 1938, reprendre contact avec les chirurgiens.

DOCUMENTS OFFICIELS

Ordonnance n° 45-2184 du 24 septembre 1945, relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme (1)

TITRE III

DE L'ORGANISATION DE LA PROFESSION DENTAIRE ET DE L'ORDRE DES CHIRURGIENS-DENTISTES

Art. 47. — Les praticiens de l'art dentaire forment deux groupes, les médecins stomatologistes réunis aux docteurs en médecine dans l'ordre des médecins, les chirurgiens-dentistes, pour qui est institué un ordre national des chirurgiens-dentistes groupant obligatoirement tous les chirurgiens-dentistes habilités à exercer leur art en France et en Algérie.

Les praticiens munis à la fois du diplôme de docteur en médecine et du diplôme de chirurgien-dentiste peuvent se faire inscrire, à leur choix, à l'ordre des médecins ou à l'ordre des chirurgiens-dentistes. Dans ce dernier cas, leur pratique doit se limiter à l'art dentaire et ils n'ont pas le droit d'exercer la médecine.

L'ordre national des chirurgiens-dentistes possède, en ce qui concerne les chirurgiens-dentistes, les attributions de l'ordre national des médecins énumérées aux articles 19, 42 et 43 ci-dessus.

Chapitre Ier — *De l'inscription aux tableaux départementaux de l'ordre*

Art. 48. — Dans chaque département il est établi un tableau de l'ordre des chirurgiens-dentistes, selon les modalités prévues aux articles 19 et 24 ci-dessus, pour l'établissement du tableau de l'ordre des médecins.

Chapitre II. — *Des Conseils départementaux de l'ordre*

Art. 49. — Dans chaque département il est institué un Conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes. Ce Conseil

(1) Fin. Voir *Gaz. Hôp.*, n° 20, 15 oct. 1945, p. 334.

est constitué de membres au nombre variable selon le nombre de chirurgiens-dentistes inscrits au tableau. Ce nombre est de 7 si le nombre des chirurgiens-dentistes inscrits est égal ou inférieur à 50, et de 10 si le nombre est supérieur à 50.

Art. 50. — Les dispositions des articles 26 et 29 ci-dessus sont applicables aux chirurgiens-dentistes sous la réserve suivante :

Dans les départements où exercent des médecins stomatologistes, ceux-ci désignent un représentant au Conseil départemental des chirurgiens-dentistes si le nombre des membres du Conseil est de 7, deux si ce nombre est de 10. La présence de médecins stomatologistes ne diminue pas le nombre de chirurgiens-dentistes du Conseil.

L'inspecteur de la santé du département est adjoint avec voix consultative au Conseil départemental.

Art. 51. — En ce qui concerne l'exercice de la profession de chirurgien-dentiste, le Conseil départemental des chirurgiens-dentistes a les mêmes attributions que le Conseil des medecins en ce qui regarde l'exercice de la médecine.

Deux fois par an, au moins, le Conseil départemental des médecins et le Conseil départemental des chirurgiens-dentistes se réunissent pour étudier les questions intéressant les deux professions.

CHAPITRE III. — *De la discipline et des Conseils régionaux*

Art. 52. — La juridiction de première instance de l'ordre des chirurgiens-dentistes est constituée par le Conseil régional des chirurgiens-dentistes (s'agissant de la région sanitaire). Un Conseil régional des chirurgiens-dentistes est institué pour chaque région sanitaire et exerce, au sein de l'ordre des chirurgiens-dentistes, la compétence disciplinaire en première instance.

Le Conseil régional de l'ordre des chirurgiens-dentistes est composé de 8 délégués des Conseils départementaux élus dans les conditions fixées à l'article 33 pour les Conseils régionaux des médecins.

Sont adjoints au Conseil régional, avec voix consultative, le directeur régional de la santé et de l'assistance représentant le ministre de la santé publique, un professeur de la faculté ou, à défaut, d'une école de médecine de la région désigné par le ministre de l'éducation nationale et le médecin contrôleur régional des assurances sociales représentant le ministre du travail.

Les dispositions prévues aux articles 34 à 39 de la présente ordonnance pour les Conseils régionaux de l'ordre des médecins sont applicables aux Conseils régionaux de l'ordre des dentistes.

CHAPITRE IV. — *Du Conseil national de l'ordre*

Art. 53. — Il est institué un Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes composé de 9 membres désignés par les conseillers départementaux des diverses régions sanitaires groupées selon les modalités fixées par arrêté du ministre de la santé publique.

Sont adjoints au Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes avec voix consultative, trois médecins représentant les ministres de la santé publique, de l'éducation nationale et du travail.

Le Conseil a, en ce qui concerne l'ordre des chirurgiens-dentistes, les mêmes attributions générales que le Conseil national de l'ordre des médecins vis-à-vis des médecins. Toutefois, il ne possède pas de section disciplinaire. En cas d'appel d'une décision rendue par un Conseil régional des chirurgiens-dentistes, l'affaire vient devant la section disciplinaire du Conseil national de l'ordre des médecins à laquelle sont adjoints trois membres du Conseil national des chirurgiens-dentistes désignés par ce dernier.

CHAPITRE V. — *Des autres actions et de la revision*

Art. 54. — Les dispositions des articles 45 et 46 sont applicables aux chirurgiens-dentistes.

TITRE IV

DE L'ORGANISATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME ET DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES

Art. 55. — Il est institué un ordre national des sages-femmes groupant obligatoirement toutes les sages-femmes habilitées à exercer leur profession en France et en Algérie.

L'ordre national des sages-femmes possède, en ce qui concerne les sages-femmes, les attributions de l'ordre national des médecins, énumérées aux articles 19, 42 et 43 ci-dessus.

....

TITRE V

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Art. 63. — Ne peuvent faire partie à un titre quelconque des Conseils de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes, les personnes qui ont fait l'objet :

Soit d'une sanction prononcée en application des ordonnances des 26 juin 1944, 28 novembre 1944 et 9 janvier 1945 relatives à la répression des faits de collaboration ;

Soit d'une condamnation pour indignité nationale en application des ordonnances des 26 août, 28 novembre et 26 décembre 1944, complétées par l'ordonnance du 9 février 1945 instituant l'indignité nationale ;

Soit d'une sanction prononcée en application de l'ordonnance du 27 juin 1944 relative à l'épuration administrative ou en application de l'ordonnance du 18 janvier 1945 relative à l'épuration des médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes, lorsque la sanction prononcée est l'interdiction définitive, pour l'intéressé, d'exercer sa fonction ou sa profession et lorsque l'interdiction prononcée a été temporaire pendant la durée de cette interdiction.

Art. 64. — Tous les Conseils de l'ordre sont dotés de la personnalité civile.

Art. 65. — Dans le cas d'infirmité ou d'état pathologique rendant dangereux l'exercice de la profession, le Conseil régional pourra prononcer l'interdiction d'exercer. Celle-ci, qui sera temporairement et, s'il y a lieu, renouvelée, ne sera prononcée qu'après examen, par trois médecins experts spécialisés, désignés, l'un par l'intéressé ou sa famille, le second par le Conseil départemental et le troisième choisi par les deux premiers. Un rapport motivé sera adressé au Conseil régional.

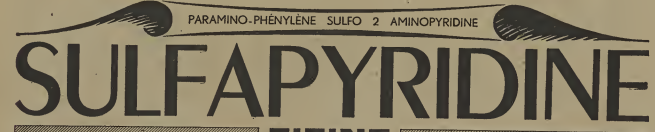
Art. 66. — Un code de déontologie propre à chacune des professions de médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes sera préparé par le Conseil national de l'ordre intéressé et soumis au Conseil d'Etat pour être édicté sous la forme d'un règlement d'administration publique.

Art. 67. — Les médecins, les chirurgiens-dentistes, les personnes qui demandent leur inscription au tableau de l'ordre des médecins ou des chirurgiens-dentistes, devront communiquer au Conseil de l'ordre intéressé les contrats ayant pour objet l'exercice de leur profession et, s'ils ne sont pas propriétaires de leur matériel et du local dans lequel ils exercent ou exerceront leur profession, les contrats leur permettant l'usage du matériel et du local.


PULMONE
ELIXIR-CACHETS-AMPOULES
VOIES RESPIRATOIRES
GOUTTES IONISÉES
ALCALOSE
CARBONEX
ESTOMAC-FOIE-INTESTIN
LABORATOIRES BIOS
10 RUE VINEUSE PARIS
TRO. 57-44


BOLDINE
HOUDÉ
FOIE
BOLDINE HOUDÉ
DERUFFE
Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu . PARIS.10e


Blédine
★ Pour que les
enfants de France
poussent drûs
malgré tout
la Blédine est restée
malgré tout
l'aliment rigoureusement complet et entièrement assimilable.
Elle est restée
la vraie
Blédine
La seconde maman
R.-L. Dupuy


PARAMINO-PHÉNYLÈNE SULFO 2 AMINOPYRIDINE
SULFAPYRIDINE
ZIZINE
POSOLOGIE : DE 3 A 10 COMPRIMÉS DE 0 gr. 30 PAR 24 HEURES SUIVANT L'AVIS DU MÉDECIN
LABORATOIRES DU DOCTEUR ZIZINE
24, RUE DE FÉCAMP — PARIS-12e
PAUL-MARTIAL — PARIS

Seront également communiqués les contrats transmettant sous conditions résolutoires la propriété du matériel et du local.

Cette communication devra être faite pour les médecins et chirurgiens-dentistes dans les trente jours du contrat ou de la constitution des Conseils départementaux prévus par la présente ordonnance.

Les personnes qui demandent leur inscription au tableau de l'ordre des médecins ou des chirurgiens-dentistes l'annexeront à leur requête. Elles communiqueront sans délai les contrats visés aux alinéas 1er et 2, qu'elles auraient passés après leur demande d'inscription, mais avant ladite inscription.

Tous les contrats dont la communication est exigée devant être passés par écrit. Le manquement à cette obligation constituera une faute disciplinaire, susceptible d'entraîner les sanctions prévues à l'article 36 ou de motiver le refus de l'inscription au tableau.

Art. 68. — L'absence de communication ou la communication mensongère exposera son auteur aux sanctions prévues à l'article 36. Le Conseil de l'ordre pourra, d'autre part, refuser d'inscrire au tableau des candidats qui auront contracté des engagements incompatibles avec les règles de la profession ou susceptibles de priver le praticien de l'indépendance professionnelle nécessaire.

Art. 69. — Les médecins et chirurgiens-dentistes visés à l'alinéa 1er de l'article 67 pourront soumettre au Conseil de l'ordre les projets des contrats visés aux alinéas 1er et 2 du même texte. Le Conseil de l'ordre devra faire connaître ses observations dans le délai d'un mois.

Art. 70. — Les dispositions du chapitre 1er du titre Ier de la présente ordonnance ne portent pas atteinte aux dispositions transitoires contenues dans l'ordonnance n° 45-1748 du 6 août 1945 relative à l'exercice de la médecine par des médecins étrangers et dans l'ordonnance n° 45-1765 du 8 août 1945 relative à certaines conditions d'accès au diplôme d'Etat de docteur en médecine, chirurgien-dentiste et de pharmacien.

Art. 71. — La présente ordonnance est applicable à l'Algérie, qui sera considérée comme formant une région sanitaire.

Des décrets détermineront les conditions d'application de la présente ordonnance aux territoires relevant du ministère des colonies.

Art. 72. — Sont abrogées toutes dispositions contraires à la présente ordonnance et notamment :

La loi du 30 novembre 1892 modifiée, à l'exception des articles 8, 11, 12, 27, 31 et 32 de cette loi ;

La loi du 26 juillet 1935 relative à l'exercice de la médecine et de l'art dentaire et à l'organisation des professions médicales et dentaires ;

L'ordonnance du 19 mars 1944 frappant d'inéligibilité aux Conseils et chambres des médecins et praticiens de l'art dentaire, les médecins et chirurgiens-dentistes ayant appartenu aux groupements antinationaux.

Est expressément constatée la nullité de l'acte dit loi du 15 novembre 1943 modifiant l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892.

Toutefois, cette nullité ne porte pas atteinte aux effets résultant de l'application dudit acte, antérieure à la mise en vigueur de la présente ordonnance. Est abrogée à la date de l'élection des Conseils nationaux de l'ordre, l'ordonnance du 11 décembre 1944 créant des organismes transitoires de gestion pour les professions médicales et para-médicales.

Art. 73. — La présente ordonnance sera publiée au *Journal officiel* de la République française et exécutée comme loi.

INTERETS PROFESSIONNELS

Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français

Dans son Assemblée générale tenue à Paris les 5, 6 et 7 octobre 1945, la Confédération des syndicats médicaux français a voté les ordres du jour suivants :

Séance du 5 octobre 1945

Il est contraire à l'intérêt de la défense professionnelle qu'un syndicat médical soit adhérent à la fois à la Confédération des syndicats médicaux et à tout autre groupement national de quelque nature qu'il soit, chacun des membres d'un syndicat médical restant libre d'adhérer à titre individuel à ces groupements.

Proposé par le Dr Humbel. Accepté par le Conseil. Adopté à l'unanimité par l'Assemblée générale.

L'Assemblée générale de la Confédération des syndicats médicaux français,

Après avoir pris connaissance du projet de retraite et d'entr'aide,

Adopte ce projet tel qu'il est présenté.

L'Assemblée estime qu'au moment où une solution peut être rapidement obtenue, il serait inopportun et préjudiciable aux médecins de risquer de voir la loi mise en échec ou renvoyée « sine die » pour des modalités d'application qui pourront être utilement améliorées par la suite.

Motion Laffitte (Basses-Pyrénées ; Roset (Meurthe-et-Moselle). Adoptée à l'unanimité par l'Assemblée générale.

Séance du 6 octobre 1945

Moyens de transport

L'Assemblée générale de la Confédération des syndicats médicaux français,

Considérant d'une part :

1° Les charges croissantes que les pouvoirs publics imposent au corps médical, au profit de la communauté nationale ;

2° Le dévouement avec lequel les médecins, depuis cinq ans et dans les pires conditions, ont rempli une mission épuisante ;

Considérant d'autre part :

L'insuffisance persistante des moyens de transport : laissez-passer, essence, pneus, voitures, mis à leur disposition dans trop de départements,

Informe les pouvoirs publics et le pays de l'impossibilité où se trouveront beaucoup de médecins, au seuil d'un hiver difficile, d'assurer le traitement des malades à domicile ;

Invite les syndicats départementaux à entreprendre une action énergique pour obtenir les satisfactions légitimes ;

Déclare que l'obligation où ils se trouveront à bref délai de supprimer les visites à domicile aura pour la santé publique de graves conséquences, dont la responsabilité incombera aux pouvoirs publics qui ne donnent pas aux médecins les moyens d'assurer leur service.

Texte proposé par les délégués de la Loire-Inférieure, amendé par l'Assemblée générale. Adopté à l'unanimité.

Ordre des médecins

La Confédération des syndicats médicaux français a, depuis plus de 10 ans, réclamé l'institution d'une juridiction professionnelle obligatoire sous le vocable : Ordre des médecins.

Les syndicats médicaux estiment normal que cet organisme soit également chargé de l'administration des institutions obligatoires d'entr'aide et de prévoyance.

Les syndicats médicaux entendent exercer dans leur plénitude les droits que leur confère la législation syndicale, juridiction et prévoyance obligatoires étant à l'exclusion de toute autre action, du domaine de l'ordre.

L'ordonnance créant le nouvel Ordre des médecins appelle de nombreuses critiques.

Notamment la présence de certaines personnalités étrangères à la profession ou fonctionnaires délégués est, sauf en ce qui concerne les magistrats, particulièrement regrettable.

Par ailleurs, l'art. 3 du Titre I prévoit qu'un règlement d'administration publique fixera les conditions dans lesquelles :

1° Les étudiants de nationalité étrangère pourront s'inscrire aux facultés et écoles de médecine en vue de l'obtention du diplôme d'Etat ;

2° Les titulaires d'un diplôme étranger de docteur en médecine, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, ou d'un diplôme français d'université, pourront postuler le diplôme d'Etat ;

3° Afin de tenir compte de la durée légale du service militaire, le délai aux terme duquel les étrangers, naturalisés sans avoir accompli leur service militaire, peuvent être autorisés à exercer leur art.

Les syndicats médicaux protestent contre la transformation envisagée du diplômé d'Université, simple titre universitaire dont on connaît la facilité avec laquelle il est attribué, en diplôme d'Etat qui comporte le droit d'exercer ; ils déclarent engager dès maintenant toute action jugée utile pour la modification de cet article inadmissible de l'ordonnance du 24 septembre 1945.

La Confédération des syndicats médicaux français poursuivra, dès la constitution du Parlement, la refonte d'une ordonnance à l'établissement de laquelle elle n'a en rien participé et proteste à cette occasion contre une façon d'agir qui est de nature à rendre au moins difficiles les rapports entre les syndicats médicaux et le ministère de la Santé.

Adopté.

Médecins étrangers

La Confédération des syndicats médicaux français,

Connaissance prise des ordonnances du 6 août et du 8 août 1945 au sujet des autorisations d'exercice et des facilités inadmissibles de transformation du diplôme d'Université en diplôme d'Etat, proteste énergiquement contre ces deux mesures.

Les syndicats médicaux estiment que si l'Etat entend marquer sa reconnaissance à des étrangers (pourvus ou non d'un diplôme de docteur en médecine), en raison de services rendus sur le plan militaire, il peut, à son choix, attribuer aux bénéficiaires telles faveurs et telles distinctions jugées équitables.

Il est fâcheux de voir la valeur militaire, même éclatante, remplacer la valeur d'études imposées aux Français, et retirer ainsi à nos concitoyens français malades les garanties d'ordre technique que leur donnaient les lois antérieures.

Les syndicats médicaux ne sauraient admettre la transformation par une simple formalité d'un diplôme d'Université — titre universitaire — en diplôme d'Etat conférant le droit d'exercice.

Ils regrettent très spécialement que le ministère de la Santé, protecteur attitré de la santé, n'ait pas opposé un veto absolu à la prise de mesures dont les conséquences peuvent être graves et dont le précédent, ainsi établi, est dangereux.

Ils décident de diffuser, dans la mesure possible, la présente protestation pour que tout citoyen en puisse être informé.

Ordre du jour présenté par le Conseil. Adopté à l'unanimité par l'Assemblée générale.

Médecine du travail

L'Assemblée générale de la Confédération des syndicats médicaux français,

Déclare que la médecine du travail est un rouage social indispensable dans le cadre de la société moderne.

Le rôle du médecin du travail (usines, entreprises, etc...) est avant tout un rôle de prophylaxie des maladies professionnelles, des accidents, etc. ;

Un rôle de conseil du point de vue de l'hygiène générale des intéressés ou des locaux ;

Un rôle d'examinateur et de conseil, pour l'embauche ou la catégorisation professionnelle.

Ce rôle est important et hautement social. Il est aussi suffisant.

Il nécessite des qualités et des connaissances spéciales et a pour condition absolue d'un bon exercice l'indépendance complète du médecin.

Hors les cas d'urgence, le médecin du travail, dont la tâche est autre, doit s'interdire la médecine de soins — à l'usine ou l'entreprise.

***

La Confédération des syndicats médicaux français fait appel aux médecins du travail pour qu'ils s'inscrivent aux syndicats médicaux de leur résidence.

La Confédération invite les syndicats départementaux à créer dans leur sein des sections de médecins du travail.

Le Conseil de la Confédération décidera des modalités suivant lesquelles les médecins du travail seront représentés au Conseil ou à l'Assemblée générale des syndicats médicaux.

Adopté à l'unanimité.

Séance du 7 octobre 1945

Mutualité

L'Assemblée générale de la Confédération des syndicats médicaux français,

Approuve les principes servant de base aux conventions médico-mutualistes, c'est-à-dire :

1° La limitation des honoraires pour les malades économiquement faibles ;

2° La possibilité de l'entente directe pour les malades notoirement aisés.

Emet le vœu :

1° Que le libre choix soit respecté par la Mutualité et qu'elle s'emploie à instituer progressivement dans les institutions où elle utilise un système de rémunération des médecins à forfait ;

2° Que les tarifs médicaux soient suffisants et liés à la fluctuation du prix de la vie dans les délais les plus courts.

Recommande au corps médical de n'appliquer l'entente directe intégrale qu'aux malades notoirement riches, laissant le bénéfice du tarif limitatif aux malades de situation moyenne.

Estime exprimer ainsi avec évidence le sens social du corps médical et espère inaugurer avec la Mutualité une ère de collaboration loyale et féconde.

Proposé par le Dr Delmas. Adopté.

Assurances sociales

L'Assemblée générale de la Confédération des syndicats médicaux français,

Connaissance prise des textes de l'ordonnance réformant la loi sur les Assurances sociales et qui ont trait à l'exercice de la médecine ;

Sous la réserve que les honoraires médicaux doivent varier automatiquement, proportionnellement aux élévations de salaires et de quelques autres tests à déterminer, et sans jamais dépendre de l'état financier de la caisse ;

Accepte d'apporter son concours en vue d'améliorer le rendement de cette loi sociale, pour tous ceux dont les revenus du travail (appointements, salaires, etc...) constituent les éléments essentiels, très largement calculés, d'une vie familiale honorable.

Considérant par ailleurs que l'extension d'application de la loi à des catégories extrêmement fortunées ne saurait comporter pour le corps médical à l'égard des bénéficiaires, des sacrifices quelconques ;

Déclare que les dérogations en matière d'honoraires pourront être appliquées normalement à ceux des assujettis dont les revenus du travail atteignent le plafond des cotisations, et demandent à cet effet qu'une indication spéciale soit portée sur la carte d'immatriculation ou tout autre moyen reconnu applicable, et inscrite dans les conventions départementales.

Toute autre circonstance particulière conserve en outre sa valeur d'exception.

Les syndicats médicaux font observer que cette souplesse de fonctionnement jugée indispensable par les médecins français — tous abus devant être réprimés — cadre très exactement avec l'idée de « solidarité sociale », qui a présidé à la refonte de la loi.

Toutefois, la collaboration ainsi envisagée serait à nouveau reconsidérée, si dans un délai de six mois, les deux conditions suivantes n'étaient réalisées :

1° Application aux trois départements d'Alsace et de Moselle des lois médico-sociales françaises.

Le corps médical français tout entier exprime son indignation en constatant que des médecins français et une population française, restent soumis, de par la volonté du gouvernement, à un régime strictement allemand.

2° Alignement de la cédule des médecins sur celle des traitements et salaires.

L'extension des lois médico-sociales à la quasi généralité de la population donne, en effet, au fisc tous moyens de contrôle permettant l'appréciation exacte des revenus professionnels.

Les médecins, d'autre part, sont la seule profession qui fasse, pour une part importante, les frais de la générosité de l'État envers des catégories spéciales de nos concitoyens : prisonniers, déportés, assujettis aux lois d'assistance, etc...

Ils déclarent inadmissible de supporter une taxe injuste, devenant tous les jours plus lourde.

Adopté.

ONT VOTÉ CONTRE : Drs Pouey (Landes), Rigal (Drôme), Filachet (Somme), Valegeas, Saint-Florent (Haute-Vienne), Jeanne, Leroy (Calvados), Lescarret (Bordeaux suburbain), Lantier, Bonhomme (Cher), Vaslin, Sénéchal, Robert, Dupas, Jacquelin, Cluzeau, Bouèche, Fanton d'Andon, Mahoudeau (Seine).

ABSTENTIONS : Drs Saint-Paul (Deux-Sèvres), Richard (Orne), Prof. Fiessinger, Drs Jodin (Seine), Le Blaye, Quivy (Vienne).

Hôpital Beaujon

L'Assemblée générale de la Confédération des syndicats médicaux français,

Mise en présence du projet de réorganisation de l'hôpital Beaujon, tout en reconnaissant qu'il peut y avoir un certain avantage à permettre au corps médical hospitalier d'exercer son activité privée à l'hôpital, met en garde contre la création d'un organisme susceptible de créer une concurrence aux cliniques chirurgicales privées et aux médecins praticiens de la circonscription qui entendent garder la liberté de diriger leurs malades à leur gré, vers les spécialistes de leur choix.

L'Assemblée rappelle que cet hôpital doit avant tout soigner les malades indigents et économiquement faibles et que la création de toutes cliniques ou quartiers privés (à cet hôpital), nécessite des conditions spéciales de fonctionnement, réservant les intérêts des malades et des médecins.

L'Assemblée demande que pour remédier à l'encombrement des consultations de l'hôpital Beaujon ainsi transformé, les malades n'y soient admis que sur demande écrite du médecin traitant, exception faite pour les cas d'urgence et pour les ressortissants normaux de l'hôpital, indigents ou nécessiteux.

La Confédération des syndicats médicaux se réserve d'engager toute action qui, au cas où ces conditions ne seraient pas réalisées, paraîtrait nécessaire.

Adopté à l'unanimité.

Hygiène sociale

L'Assemblée générale de la Confédération des syndicats médicaux français,

Exprime une fois de plus sa volonté formelle d'apporter son aide et son dévouement aux pouvoirs publics et spécialement au ministère de la Santé publique en vue d'une propagande nécessaire pour l'amélioration de l'hygiène générale en France ;

Pour la prophylaxie et le dépistage des maladies ;

L'examen systématique de santé aux âges physiologiques de la vie ;

L'organisation et le fonctionnement des centres de diagnostic ;

L'organisation et le fonctionnement de la médecine du travail (projet et dépistage) ;

La lutte contre les grands fléaux sociaux et spécialement contre la dénatalité, l'alcoolisme, la tuberculose, la syphilis et le cancer.

Les Syndicats médicaux apporteront à cette œuvre d'amélioration de la santé du pays le concours le plus généreux et le plus constant.

Ils entendent, par ailleurs, que soient respectées de façon absolue :

La liberté et la dignité du malade ;

La liberté et la dignité du médecin.

Adopté.

Médecine de mines

L'Assemblée générale de la Confédération des syndicats médicaux français,

Après avoir pris connaissance des conditions lamentables qui caractérisent le fonctionnement de la médecine de mines et, par conséquence directe, de la mauvaise qualité des soins dispensés ;

Affirme que les déclarations faites à ce sujet au nom de la Caisse de secours ne représentent pas l'opinion des ouvriers mineurs ;

Réclame, pour la population minière, le bénéfice de la législation sur les A. S. estimée la meilleure par les pouvoirs publics pour l'ensemble des travailleurs.

Proposé par les Drs Berche et Batier. Adopté à l'unanimité.

Conseil des Médecins du département de la Seine Permis de circuler

Le Conseil des médecins du département de la Seine est désireux d'annoncer qu'après de nombreuses et pressantes démarches, l'Administration vient de lui accorder un contingent supplémentaire d'environ 1.500 autorisations de circuler en automobile.

Le Conseil des médecins de la Seine signale que, par décision du ministre de l'Intérieur, les autorisations temporaires de circuler ne pourront désormais dépasser un délai de 7 jours. Il demande donc aux confrères atteints par cette décision de patienter devant cette mesure générale, puisque, dans un délai très court, suivant les promesses des services de la préfecture de police, ils obtiendront l'autorisation définitive de circuler.

Les confrères n'ont pas été sans remarquer la campagne qu'a faite le Conseil des médecins pour l'augmentation de l'allocation mensuelle d'essence. Nous avons reçu l'assurance que cette allocation serait élevée à partir de novembre, en fonction des négociations actuellement en cours avec le gouvernement des États-Unis.

Charbon professionnel

Plusieurs de nos confrères s'étant présentés aux mairies sans obtenir les bons de charbon professionnel, le Conseil est intervenu auprès de l'Office des combustibles pour lui signaler cette situation.

Ce retard est dû à la non transmission des ordres dans les mairies. L'assurance nous a été donnée que, dans quelques jours, nos confrères pourront se présenter, d'une façon sûre, dans les mairies pour obtenir les bons des 300 kilos de charbon professionnel.

Pneus de voitures

Malgré la pénurie du caoutchouc qui nous est objectée, le Conseil des médecins s'efforce de faire aboutir, dans les délais les plus courts, les demandes de pneumatiques présentées par le corps médical.

Voitures automobiles

Le Conseil ne perd pas de vue l'acquisition de voitures neuves et il reste en contact étroit avec les industriels pour que les médecins aient, en priorité, les voitures neuves dont les toutes premières doivent sortir au début de janvier.

Certificats de lait condensé pour les nourrissons

Afin d'éviter des déplacements aux mères de famille ainsi que des dérangements inutiles aux médecins, la préfecture de la Seine demande au Conseil départemental de rappeler à ses membres que les certificats relatifs à l'attribution des bons de lait condensé pour les nourrissons, doivent indiquer le genre d'allaitement (mixte ou artificiel) auquel ils sont soumis.

Le comité de l'internat et les concours spéciaux

Le comité des internes en exercice des hôpitaux de Paris nous adresse un important projet que nous pouvons seulement signaler aujourd'hui. Nous y reviendrons.

Le comité accepte, mais avec limitation du nombre des places, le principe du concours spécial donnant des chances plus grandes de nomination aux candidats ayant subi des préjudices du fait de la guerre et présentant des titres civiques ou militaires incontestables.

Il propose le report du concours spécial à fin mars 1946, pour laisser aux candidats le temps de se préparer sérieusement; il propose également l'ouverture d'un concours général à la fin de juin 1946 ; enfin il demande la reprise du concours normal, à la date normale d'octobre 1946.

INFORMATIONS

(Suite de la page 346)

Hôpitaux psychiatriques

M. le Dr Gilles, médecin directeur de l'hôpital psychiatrique de Pau, a été désigné, à titre provisoire, en la même qualité, pour l'hôpital psychiatrique de Lannemezan.

Sanatoriums

Mlle le Dr Jeanne Péraud, médecin adjoint au sanatorium de Plougonven, est nommée médecin directeur du sanatorium de la Grolle-Saint-Bernard.

Inspection de la Santé

Ont été nommés médecins inspecteurs adjoints intérimaires MM. les Drs Robert (Var), Gougy (Landes), Brisson (Corrèze).

Marine

Liste, par ordre de mérite, des étudiants en médecine et en pharmacie admis à l'école principale du service de Santé de la marine à Bordeaux à la suite des examens de 1945.

Ligne médicale

CANDIDATS A QUATRE INSCRIPTIONS. — Roux (Maurice), Pilon (Louis), Resillot (André), Micheletti (Jérôme), Cabasson (Pierre), Rey-

naud (Roger), Tomatis (Raoul), Potier (Daniel), Armengaud (Maxime), Catros (Pierre), Reboul (Henri), Chauvergne (Robert), Lournet (Jacques), La Burthe (Jacques), Courson (Bernard), Le Breton-Oliveau (Guy), Paquotte (Lucien), Margandier (Jacques), Barthe (Jacques), Le Friec (Jacques), Gonand (Marcel), Ouzilleau (Michel), Beriet (Paul), Fouchet (Michel), Bartoli (Jean), Brangier (Jacques), Thomas (Yvon), Senelar (René), Delrien (André), Raynaud (Guy), Mautalen (Raymond), Charlopain (Laurent), Arrighi (Paul), Le Petit (Alain), Martin-Peridier (Pierre), Gagougnolles (Marcel), Lobry (Edmond), Zeis (Jacques), Saboret (Paul), Merignargues (Marco), Foures (Numa), Rannou (Léon), Cavalié (Philippe), Fustec (Robert), Bertrand (Georges), Leniaud (Jacques), Hardy (Jean), Montagne (Pierre), Masse (Bernard), Thollard (Christian), Bardot (Jacques), Renou (André), Chestin (François), Baixe (Jacques), Cours... (Hubert), Roussel (Théodore), Gilles (Jean-Claude).

Candidats a huit inscriptions. — Le Chuiton (Michel), Faucon (Daniel), Peluchon (Jacques), Guignard (Jacques), Beaudouard (Jack), Jeanjean (Pierre), Jaffry (Yves), Javelle (Jean-Marie), Fichou (Jacques), Fromard (Jacques), Daoulas (Robert), Belleoud (Lucien), Lagarosse (André), Delage (René), Cabanes (Louis), Ranchet (Louis), Voisin (Hubert), Prat (Jean), Bonhomme (Jean), Ouzilleau (Hubert), Cabantous (Jacques), Marouby (Jean), Roy (Henri), Capdebielle (André), Brun (Georges), Rebecq (Jean), Lacrotte (Jean), Michel (Raymond).

Candidats a douze inscriptions. — Lozivit (Pierre), Abecassis (André), Mariani (Gilbert), Anglade (Jean-Claude), Mayolle (Pierre), Moreau (Jean), Coyné (François), Lindrec (André), Chariol (Pierre), Moulanier (Maurice), Boutonnet (Georges), Vercel (Roger), Guiraud (Robert).

Candidats a seize inscriptions. — Lefort (Alain), Libersat (Gilles).

Ligne pharmaceutique

Candidats stagiaires. — Faures (Jean), Benceny (Claude), Trellu (Michel), Greffard (Jacques), Pincon (Guy), Perisse (Julien), Rapp (Jacques).

Candidats a quatre inscriptions. — Revel (Jean), Sabattié (Guy), Falet (René), Colonna (Eugène).

Candidats a huit inscriptions. — Krebel (Paul).

Candidats a douze inscriptions. — Gaspa (Pierre)

Société internationale de chirurgie

La Société internationale de chirurgie que préside le Dr Léopold Mayer, de Bruxelles, devait se réunir à Stockholm en 1941. Elle se tiendra en 1947 dans la même ville.

Prix Osiris

La commission du prix Osiris, qui est décerné tous les 3 ans, a décidé cette année d'attribuer deux prix de 100.000 francs, l'un à M. Adolphe Lods, l'orientaliste, président de l'Académie des Inscriptions, l'autre au professeur Charles Richet, membre de l'Académie de médecine, ancien déporté de Buchenwald.

A la mémoire des médecins et de tous les membres des services de Santé morts pour la France

Samedi 20 octobre, un service solennel a été célébré à Notre-Dame, sous la présidence du cardinal archevêque, à la mémoire de tous les membres des services de Santé morts pour la France.

La Faculté de médecine et les Académies, les groupements syndicaux, les services de Santé militaires français et alliés étaient représentés ainsi que la Croix-Rouge et les groupements d'infirmières et d'infirmiers.

La messe fut célébrée par le chanoine Lancrenon, curé de la Trinité, docteur en médecine. Une allocution a été prononcée par le R. P. Riquet.

Fédération nationale des médecins du front

C'est à la Fédération nationale des médecins du front que reviendra l'honneur de raviver la Flamme du Souvenir, le jeudi 8 novembre, à 18 h. 30 ; le Bureau provisoire convie instamment les membres des Associations à assister à cette cérémonie et à entourer notre camarade Gallet, président de la section des médecins déportés qui, cette année, accomplira le geste symbolique. Rendez-vous à 18 h. 15 sous l'Arc de Triomphe.

Le 11 novembre, à 9 heures, une gerbe sera déposée devant le monument aux morts de la Faculté.

Morts pour la France

On annonce la mort du médecin-colonel Henri Calbairac, tué dans l'accomplissement de son devoir le 18 août 1945, à l'hôpital Lanessan, dont il avait la direction, à Hanoï.

— Le Dr Jamart (de Paris) déporté politique au camp d'extermination de Neuengamme, mort en août 1944.

— Le Dr Léon Zadoc-Kahn et sa femme, Mme Léon Zadoc-Kahn, née Suzanne Lang, assassinés par les Allemands au camp d'Auschwitz.

Nouvelles diverses

— M. Georges Duhamel a quitté Paris pour Londres le 12 octobre dernier. Après un bref séjour en Angleterre, il a gagné par la voie des airs le Canada, où il doit faire un séjour de deux mois.

— M. le Professeur Pasteur Vallery-Radot a représenté la Faculté de médecine de Paris à la séance solennelle de l'Université libre de Bruxelles, dans laquelle le général de Gaulle a reçu le diplôme de docteur « honoris causa ».

Cours

Pathologie externe (Prof. Petit-Dutaillis). — M. Ameline, agrégé, commencera son cours le lundi 5 novembre, à 18 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté et le continuera les mercredi et vendredi. Sujet : Affections chirurgicales d'urgence.

Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe). Dépôt légal. — 1945. — 4e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd.

N° 22. — 15 NOVEMBRE 1945 118e ANNEE Ce numéro : 7 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 150 fr. Étudiants, 75 fr. ; Étranger, 225 et 270 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Concours pour deux places de pharmacien des hôpitaux. — Mardi 11 décembre 1945. Inscriptions au bureau du service de Santé, avenue Victoria, du 20 novembre au 29 novembre inclus. (Samedis, dimanches et fêtes exceptés.)

Faculté de Paris

— M. René Moreau a été proposé pour la chaire de pathologie médicale (dernier titulaire : M. Etienne Chabrol, transféré).

— M. Michel Dechaume a été proposé pour la chaire de stomatologie (nouvelle chaire).

—M. Deparis a été délégué dans les fonctions d'agrégé de la chaire d'hygiène.

Facultés de province

Alger. — M. Aboulker est nommé, à compter du 1er janvier 1945, professeur titulaire de la chaire d'O. R. L. (chaire créée).

Prix Nobel de médecine. — Le prix est décerné conjointement pour 1945 à sir Alexander Fleming de Londres, au Dr Ernest Boris Chaim et à sir Howard Florey d'Oxford, pour la découverte de la pénicilline et de ses applications thérapeutiques.

Légion d'honneur

TRAVAUX PUBLICS. — **Officier.** — Dr Alexandre Abord, du Hâvre (Marine marchande française libre).

Médaille de la Résistance française

— Mme le Dr Paulette Descomps ; le Dr Dide (à titre posthume) ; le Dr Jo. Velly ; le Dr Meslin.

Citations à l'Ordre de l'armée

Médecin lieutenant Claude Choffel, 1er R. de chass. parachutiste ;
Médecin lieutenant Blanc (Hugues), Ne bat. méd. ;
Médecin aspirant Chardier (P.-M.), Nd groupe tabors ;
Médecin sous-lieutenant Delon (P.-J.), Ne R. I. C. ;
Médecin sous-lieutenant Poitrot (R.-P.-C.), Ne groupe tabors marocains ;
Médecin capitaine Weill (J.-R.), détaché d'armée Atlantique ;
Médecin commandant Pierre (Félix), Ne R. I. ;
Médecin capitaine Tisnes (S.-A.-L.), Ne bat. méd. ;
Médecin auxiliaire Félix (H.-G.-R.), Ne D. I. motorisée ;
Médecin capitaine Cherigie (E.-L.), Ne D. marocaine ;
Médecin commandant Lévy-Lang (P.), Ne bat. méd. ;

Médaille d'honneur du Service de Santé

MÉDAILLE D'OR. — Méd. gén. insp. Rouvillois ; M. le Professeur Roussy ; M. le Professeur Robert Debré.

MÉDAILLE D'ARGENT. — MM. les Drs Leibovici, Ravel, Wicart, Marx, Netik, Coury, Kerharo, Craft, Turquet (R. A. M. C.).

MÉDAILLE DE BRONZE. — Les colonels Mather Cleveland, Paul-S. Fancher, Fred-H. Mowrey, Lloyd-J. Thompson, Joseph-M. Moninch, Donald-M. Pillsburg, Vickoren (Angvald).

Les lieutenants colonels Irving-A. Marshall, John-N. Robinson, Paul Padget, Bernard-J. Pisani, Walter-L. Tatum, Otto-A. Wurl, U. S. Army.

Dr Marc Rozencweig, à Londres.

Education nationale

Hygiène scolaire. — Un décret en date du 3 novembre 1945 fixe la rémunération des inspecteurs généraux de l'hygiène scolaire : 225.000, 270.000 et 315.000 francs.

Prix des Facultés de Médecine. — Un arrêté en date du 27 octobre, institue dans chaque faculté de médecine, un prix de 4.000 francs pouvant atteindre exceptionnellement 6.000 francs, destiné à récompenser l'auteur du meilleur ouvrage (mémoire original, thèse) paru au cours de l'année scolaire et concernant les activités physiques et sportives et leur contrôle médical.

Institut du cancer. — Un décret en date du 3 novembre porte modification de l'institut du cancer de Villejuif, qui devient institut de l'université de Paris.

Santé publique

L'organisation du ministère de la Santé publique vient d'être réglée par l'ordonnance n° 45-2459 du 19 octobre 1945, parue au « J. O. » du 20 octobre.

Les services sont ainsi répartis :

ADMINISTRATION CENTRALE. — a) Cabinet du ministre ;

b) Inspection générale, placée directement sous l'autorité du ministre ;

c) Secrétariat général, duquel dépendront :

Les directions de l'hygiène publique ; de l'hygiène sociale ; de la médecine générale ; de la protection de la maternité, l'enfance et l'adolescence ; de l'entr'aide sociale ; du personnel de l'administration générale du budget.

Les services de la pharmacie et de la liquidation sanitaire des événements de guerre.

LES SERVICES EXTÉRIEURS comprenant :

L'inspection régionale et les directions départementales.

L'ordonnance réglemente en outre les effectifs, les cadres et les organismes annexes.

Sans entrer dans de plus amples détails rappelons que cette organisation avait été l'objet pendant l'occupation, d'un échange de vue (clandestines naturellement) entre M. Cavaillon et M. Pasteur Vallery-Radot. Le projet fut remis sur le chantier après la libération par les deux auteurs, il a été repris dans le même esprit par M. Billoux et par M. Cavaillon.

Cette réorganisation donne l'autorité aux médecins sur les rouages administratifs et, c'est évidemment conforme au bon sens et à l'intérêt de la santé publique.

Organisation de la lutte contre la tuberculose

Une ordonnance n° 45-2575 du 31 octobre 1945, parue au « J. O. » du 1er novembre 1945 est relative à l'organisation et au fonctionnement de la lutte contre la tuberculose.

L'article 1er est consacré à l'organisation de la lutte contre la tuberculose. Celle-ci comprend :

1° Des dispensaires antituberculeux ;

2° Des centres départementaux de phtisiologie ;

3° Des établissements de cure.

L'organisation médico-technique comprend des médecins phtisiologues départementaux et des médecins chargés du service des dispensaires antituberculeux des établissements de cure.

Des décrets ultérieurs détermineront les modalités d'application de la présente ordonnance, notamment en ce qui concerne l'obtention du titre de « médecin des services antituberculeux », la désignation ou le recrutement des médecins consultants ou spécialistes.

Concours spéciaux pour l'externat et l'internat des hôpitaux. — L'arrêté du 9 août (article 4) est complété par l'alinéa suivant :

« Toutefois, les étudiants appartenant aux catégories définies dans les paragraphes 1 et 3 ne pourront bénéficier du présent article que si la durée de leur empêchement a été d'au moins six mois. »

Le premier alinéa de l'article 7 est modifié ainsi qu'il suit :

« Seront également admis à concourir les étudiants qui ne se sont trouvés dans l'une des situations définies aux articles 3 et 4 du présent arrêté qu'à une date postérieure à celle du dernier concours normal, mais antérieur au 15 décembre 1944 ; toutefois, cette dernière date ne sera pas opposable aux étudiants qui ont été l'objet d'une citation. »

Médecins inspecteurs de la santé. — Un décret du 24 octobre 1945 autorise, à titre exceptionnel et jusqu'au 31 décembre 1945, des nominations sur titres.

Sanatoriums publics. — Un décret en date du 24 octobre 1945 autorise, à titre exceptionnel, le recrutement sur titres des médecins des sanatoriums publics.

Commission permanente des stations hydrominérales et climatiques. — Sont nommés membres de la commission permanente : MM. Chiray et Lucien Dreyfus.

Comité technique des spécialités. — Sont nommés membres du comité : MM. le doyen Baudouin, MM. les Professeurs Bougault, Hazard, Mlle Jeanne Lévy, le doyen Damiens, les Professeurs Lespagnol et Justin-Besançon, MM. les Drs Lafay et Cibrié, MM. Robert Midy, Aubry, Métadier et Vaille.

Société française d'orthopédie et de traumatologie. — Le bureau de la société française d'orthopédie et de traumatologie réuni le 11 octobre sous la présidence du professeur Rocher (de Bordeaux), regrettant que les circonstances ne lui aient pas permis d'organiser son congrès dès cette année, a décidé que la XXIe réunion annuelle de la société se tiendra les vendredi et samedi de la semaine du prochain congrès de chirurgie, soit le 11 et 12 octobre 1946.

Les questions mises à l'étude restent celles proposées en 1938 pour 1939, soit :

Première question. — **Arthrites chroniques non tuberculeuses du genou et de l'epaule.** Rapporteurs : MM. Pouyanne et Guérin (de Bordeaux) ;

2e question. **Les fractures des plateaux tibiaux. Rapporteurs** : M. Gérard-Marchant (de Paris).

Nous rappelons que les rapports ont été publiés dans le n° d'octobre de la « Revue d'orthopédie » de 1939 tome xxxvi, n° 5.

Les rapporteurs publieront, s'ils le jugent utile, un « addendum » à leur rapport, dans la « Revue d'orthopédie » dans le cours de l'année 1946.

Association d'études physio-pathologiques du foie et de la nutrition

Rappelons que la séance inaugurale de l'association d'études physio-pathologiques du foie et de la nutrition a été fixée au samedi 17 novembre 1945, à 9 heures 30, dans le service de M. le Professeur Loeper, président, à l'amphithéâtre Hayem de la clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine

Les sujets traités sont les suvants :

a) Protidémie, polypeptidémie et aminémie, par le professeur A. Lemaire et A. Varay ;

b) Cholalémie et cholémie, par le Dr Jean Cottet et le Dr Bargeton ;

c) Lipidémie, par Mme le Dr Bertrand-Fontaine et le Dr Fauvert.

Prix biennal Platet-Mathieu de 120.000 fr.

Le but de la **Fondation Platet-Mathieu**, instituée en 1944 à l'Académie des Sciences, Belles-Lettres et Arts de Lyon, par un de ses membres associés, M. Paul Platet, est d'encourager et de récompenser la lutte contre les trois fléaux suivants : **Cancer, Syphilis, Tuberculose,** cette énumération ne comportant aucun ordre de préférence.

Pour atteindre et réaliser ce but, le fondateur a mis à la disposition de l'Académie une somme de **deux millions de francs,** dont la rente biennale devra constituer un **Prix de 120.000 francs** (réserve faite des fluctuations possibles du revenu de cette somme), prix qui ne sera jamais fractionné, et qui devra être attribué tous les deux ans, dans le courant du mois d'avril, à l'homme français, ou à l'œuvre française, qui aura le mieux contribué à la lutte contre ces fléaux sociaux.

Le Prix de la fondation Platet-Mathieu sera décerné pour la première fois en avril 1946. Les candidatures seront reçues au Secrétariat de l'Académie des Sciences, Belles-Lettres et Arts de Lyon, Palais des Arts, place des Terreaux, 20, à Lyon, jusqu'au 1er février, puis de deux ans en deux ans, 1948, 1950, etc., dans les mêmes conditions. Les candidats joindront à leur demande un dossier contenant toutes références, explications et justifications utiles. Les documents scientifiques tels que : imprimés, manuscrits, photographies, radiographies, etc., présentés à l'appui de la candidature, devront être remis en trois exemplaires. Un accusé de réception en sera délivré.

La proclamation du **Prix Platet-Mathieu** se fera au cours de la séance solennelle et publique des Prix des Fondations Scientifiques et Littéraires de l'Académie, qui aura lieu, en conséquence, dans le courant d'avril 1946 et sera annoncée dans la presse lyonnaise et parisienne. Le lauréat en sera informé par lettre personnelle.

Remarque importante. — En raison de la date récente de la Fondation, la valeur du Prix attribué en **avril 1946** ne pourra être, pour la première fois, que de **90.000 francs environ.**

(Voir suite des informations p. 381).

LE 150e ANNIVERSAIRE DE L'INSTITUT DE FRANCE
(25 OCTOBRE 1945)

Le 8 août 1793, toutes les Académies avaient été supprimées par la Convention.

*Deux ans plus tard, le 3 Brumaire, an IV (25 octobre 1795), elles renaissaient groupées dans l'*INSTITUT NATIONAL DES SCIENCES ET DES ARTS. *L'Institut tint sa première séance au Louvre, le 15 Germinal, an IV (4 avril 1796).*

*Le premier Consul, qui était membre de l'Académie des Sciences depuis 1797 prit, le 3 Pluviôse, an XI (28 janvier 1803), un arrêté portant une nouvelle réorganisation. Un décret impérial du 29 Ventôse, an XIII (20 mars 1805), transféra l'Institut dans les anciens bâtiments du « Collège des Quatre Nations » où il est resté depuis. C'est dans la salle dite de « la Coupole » que se tinrent ses assemblées annuelles ; c'est là, encore, que le 25 octobre dernier, l'*INSTITUT DE FRANCE *a tenu la séance solennelle du 150e anniversaire de sa fondation.*

On sait que les séances ordinaires se tiennent dans la grande salle construite en 1845, près de la petite salle où se réunissent quelques académies, notamment l'Académie Française.

L'Institut est actuellement divisé en cinq classes : l'Académie Française, l'Académie des Inscriptions et Belles Lettres, l'Académie des Sciences ; l'Académie des Beaux-Arts ajoutée en 1816 et l'Académie des Sciences Morales et Politiques ajoutée en 1832.

La séance solennelle du 25 octobre 1945 a été présidée par M. Georges LEROUX, *de l'Académie des Beaux-Arts.*

Des discours furent prononcés par M. le PRÉSIDENT, *par M. Germain* MARTIN, *de l'Académie des Sciences Morales et Politiques, par M. André* SIEGFRIED, *de l'Académie Française, par M. Charles* PICARD, *de l'Académie des Inscriptions et Belles Lettres. Enfin, M. Léon* BINET, *au nom de l'Académie des Sciences prononça le discours que nous sommes heureux de publier aujourd'hui.*

N. D. L. R.

DÉFENSES ET ADAPTATIONS DE L'ORGANISME

Par Léon BINET
Membre de l'Institut

Le savant le plus complet, l'un des génies les plus grands que la France ait produits dans les sciences, Antoine-Laurent Lavoisier, publiait en 1789, dans les *Mémoires* de notre Académie, un travail fondamental sur la respiration des animaux. Arrêtons-nous à ce passage qui servira de base à notre étude : « C'est une chose vraiment admirable que ce résultat de forces continuellement variables et continuellement en équilibre qui s'observent à chaque pas dans l'économie animale et qui permettent à l'individu de se prêter à toutes les circonstances où le hasard le place. »

De tout temps, l'organisme humain a été soumis à des agressions pénibles, variées dans leur nature, plus ou moins néfastes dans leurs effets. Jamais il n'a été plus sévèrement éprouvé que durant ces dernières années. L'homme a souffert du chaud et du froid : il a eu faim ; il a dû lutter tantôt contre l'asphyxie, tantôt contre la blessure génératrice d'hémorragie et de choc ; trop souvent il a été mutilé. Un physiologiste n'est-il donc pas tout naturellement conduit à étudier la défense spontanée de l'individu contre les variations de la température extérieure, contre les insuffisances alimentaire et respiratoire, contre l'hémorragie et contre la mutilation ?

***

Notre armée en Afrique — tous les Français s'en souviennent — a subi les méfaits de la *chaleur* : des combats violents ont été livrés sous un soleil torride. Comment réagit donc l'organisme humain devant cet ennemi supplémentaire qu'est l'excès de chaleur ?

Chacun le sait — et les remarques classiques de Benjamin Franklin sur les moissonneurs de Pensylvanie sont significatives à cet égard — l'organisme est capable de supporter l'action d'un soleil ardent à condition de transpirer abondamment et de s'éventer de manière à activer l'évaporation. La lutte contre la chaleur est avant tout d'ordre physique ; elle est réalisée par une évaporation d'eau qui entraîne, pour passer de l'état liquide à l'état gazeux, une déperdition de chaleur. Cette chaleur de vaporisation est bien précisée : 1 gr. d'eau, en passant à l'état gazeux, absorbe 536 petites calories et la quantité d'eau secrétée par la peau varie avec le degré de la température extérieure : en une heure, l'homme peut éliminer un litre de sueur. Ainsi, la chaleur engendre une réaction correctrice et cet effort compensateur est tel que l'homme peut tolérer, sans modifier sa température centrale, une atmosphère sèche à plus de cent degrés.

La puissance de ce moyen régulateur n'empêche pas d'aborder les conséquences d'une transpiration excessive : la sueur est riche en chlorures, des dosages y montrent un chiffre double de celui du chlorure sanguin et on a ainsi appris, ces dernières années, qu'une forte transpiration est une cause de déchloruration. A la suite d'une sudation excessive, on enregistre une fatigue accentuée, des crampes pénibles, de la dyspnée d'effort : des examens de sang décèlent, à ce moment, comme conséquence directe de l'hypochlorémie provoquée, une élévation nette de l'urée et d'autres signes traduisant une perturbation de la fonction rénale ; les troubles disparaissent si on a soin de recourir à une thérapeutique salée, thérapeutique de restauration. L'administration de sel augmente la limite de résistance d'un organisme soumis à la chaleur et nos combattants du désert africain ont largement bénéficié de l'ingestion de comprimés de sel marin.

Bien plus, on a décrit, non sans raison, une sorte d'adaptation progressive aux températures élevées ; des expérimentateurs en ont fait la preuve, les uns sur des vertébrés inférieurs, les autres sur des mammifères. Mais n'oublions pas que l'homme s'exposant d'une façon répétée à de fortes températures, devient capable de secréter une sueur exceptionnellement diluée ; son adaptation à la chaleur aboutit à une sécrétion sudorale à la fois copieuse et très riche en eau, appauvrie en chlorure, comme si l'organisme tendait à conserver intact son capital chloré dont il a grand besoin.

***

Inversement le *froid* externe engendre des phénomènes compensateurs hyperthermisants : il provoque une élévation de la thermogénèse et cette régulation est double : elle est tissulaire et viscérale — elle est périphérique et musculaire. En d'autres termes, il y a une élévation de la thermogénèse dite de couverture : celle-ci est dominée par le frisson thermique avec claquement de dents et agitation des membres qui est un moyen de réchauffement rapide, par l'augmentation des combustions musculaires qu'il détermine.

Cette régulation chimique est telle qu'elle assure une remarquable défense de l'organisme soumis à une agression par le froid intense. On a vu des oiseaux soumis à une température de —50° à —100° garder une température centrale normale. Un rat supporte un froid de —25°, un lapin celui de —45°. Dans de telles conditions, les échanges sont au maximum : on constate alors que le métabolisme dit de flèche ou de sommet est de trois à six fois plus élevé que le métabolisme de fond ou de base.

Comparé aux divers groupes de la série animale, l'organisme humain est particulièrement privilégié ; il est capable d'un effort thermogénétique considérable. Des mesures faites en France nous ont montré qu'un homme vigoureux, entraîné au froid, plongé dans un bain à 4°4, produit neuf fois plus que le chiffre de métabolisme de base ; sous l'influence du froid, ses échanges sont deux fois plus élevés que dans le travail musculaire le plus intense.

Le froid appelle des réactions hyperthermisantes, mais ces réactions ne sont possibles que si l'organisme refroidi possède des réserves. On nous permettra de rappeler cette expérience démontrant que chez un animal menacé par le froid, le frisson, c'est-à-dire sa réaction de défense, s'arrête immédiatement lorsque sous l'influence d'une injection d'insuline, on fait baisser le taux de son glucose sanguin ; le frisson revient aussitôt qu'on pratique l'administration de glucose.

Aussi le biologiste est-il saisi d'indignation lorsqu'il évoque les tortures de ces victimes de la faim et du froid, dans les

camps de déportation, qu'une carence alimentaire profonde privait de toute défense contre les agressions d'un climat rigoureux. Chez elles, le « foyer de la vie » n'était-il pas à tel point réduit par l'épuisement de tout apport chimique que, la tactique de défense ne pouvant plus opérer, l'organisme se laissait envahir et forcer par le froid ?

***

Toutefois, et dans des conditions moins sévères, le problème des *restrictions alimentaires* doit faire poser la question d'une adaptation possible à ces réductions. Des explorations très précises, portant sur les échanges gazeux d'étudiants qui ont librement accepté une réduction alimentaire prolongée, tantôt soumis au repos, tantôt effectuant une marche modérée, nous ont appris que l'homme, après une longue période de sous-alimentation, dépense moins au repos et, s'il travaille, brûle moins qu'un organisme normalement alimenté. Tout se passe comme si une alimentation réduite amenait une double réaction : diminution des pertes, amélioration du rendement.

On a poussé le problème plus loin, en interrogeant l'expérimentation animale, effectuée sur la daphnie. La daphnie, on le sait, a permis de poursuivre en France d'importantes recherches sur la mutation de la chlorophylle en hémoglobine ; or, aux Etats-Unis, des biologistes l'ont interrogée pour savoir si l'abondance de l'alimentation ne déclenchait pas des variations de la longévité. Les conclusions sont les suivantes :

Des individus constamment sous-alimentés vivent plus longtemps que des témoins abondamment nourris pendant toute leur existence. Des individus, dont l'alimentation a été d'abord restreinte, et secondairement abondante, vivent encore plus longtemps et d'autant plus que la sous-alimentation a été prolongée davantage.

Mais de toute évidence, les sujets inanitiés, s'ils ont vécu plus longtemps, ont vécu moins intensément, traînant une misérable vie. D'autre part, et surtout dans la mémoire d'un médecin biologiste, ne pourront s'effacer le souvenir de malades hospitalisés dans son service de 1940 à 1944 ni l'aspect de malheureux déportés qui, heureusement libérés par la 1re armée française « Rhin et Danube » ont été soignés dans les centres sanitaires de Mainau et de Reichenau. Les œdèmes de famine, les ostéopathies de carence, le syndrome hypoglycémique des sous-alimentés, la fréquence et la gravité de la tuberculose chez des sujets qui ont été soumis à une grave dénutrition nous montrent que les problèmes alimentaires ont une portée capitale sur la vie d'un pays.

***

Depuis de nombreuses années, les biologistes se sont attachés au comportement de l'organisme lorsque l'*apport d'oxygène est insuffisant ;* cette question est à nouveau de toute actualité, puisque des appareils modernes permettent à l'aviateur, grâce à la protection d'une atmosphère artificielle, de dépasser 10.000 et 12.000 mètres d'altitude. Quelles sont donc les réactions devant un déficit d'oxygène ? Cette question est parfaitement élucidée.

Privé d'air, l'organisme tout d'abord réagit par un effort intense : il est facile d'observer une lutte respiratoire caractérisée par une augmentation du rythme et par un accroissement considérable de l'amplitude des mouvements thoraciques : la soif d'air entraîne une augmentation de la ventilation pulmonaire qui peut être décuplée. Tout médecin qui a vu un enfant atteint de croup, dont le larynx est envahi et en partie obstrué par des fausses membranes, se rend compte de cet hyperfonctionnement respiratoire : assis, prenant appui sur les barreaux de son lit, le petit malade présente une contraction intermittente de toute sa musculature thoracique qui appelle l'air avec une telle force que, malgré l'étroitesse du conduit laryngé resté libre, la circulation peut se faire encore.

Parallèlement à une exagération de l'appel d'air dans le poumon, se trouve déclenchée une réaction circulatoire qui mérite de nous arrêter.

On sait bien que la circulation est sensible au déficit d'oxygène. Charles Richet a parfaitement mis en lumière, il y a près d'un demi-siècle, le ralentissement du cœur au cours de l'asphyxie. Mon illustre prédécesseur s'efforçait de démontrer la portée utilitaire de cette bradycardie ; il y a là, enseignait-il, un processus de défense ; le cœur se ralentit, alors s'installe une économie d'oxygène dans l'organisme qui en est appauvri et de fait, si on s'oppose à ce ralentissement par la section des deux nerfs pneumogastriques, la mort survient rapidement.

Mais avant d'arriver à de telles perturbations, engendrées par la sous-oxygénation suraiguë, il existe, au cours de déficits moins poussés, une adaptation circulatoire à l'anoxémie. Dans ces dernières conditions, on obtient une stimulation circulatoire nette : le cœur s'accélère, la tension artérielle s'élève et le débit cardiaque augmente. Bref, en même temps que la circulation aérienne est accrue dans le poumon, il existe une accélération du transit sanguin et, dans cet organisme menacé, il y a dans le même laps de temps plus d'air qui passe et plus de sang qui circule dans le poumon lui-même.

L'augmentation de la ventilation pulmonaire, l'accélération du transit sanguin sont autant de modifications fonctionnelles qui facilitent la lutte contre l'asphyxie.

Bien plus, le sang s'adapte au déficit d'oxygène. Dans son remarquable ouvrage sur la *Pression barométrique*, Paul Bert, parlant de l'homme vivant aux hautes altitudes, fait la remarque suivante : « On peut se demander si, par une compensation harmonique dont l'histoire naturelle générale nous offre bien des exemples, son sang serait devenu apte... à absorber plus d'oxygène sous un même volume. »

Les travaux français, les uns anciens déjà, d'autres plus récents, semblent bien démontrer l'existence et l'importance d'une polyglobulie anoxique : le seuil de son apparition, les mécanismes de sa réalisation paraissent élucidés ; ajoutons que, inversement, l'hyperoxygénation est suivie d'une chute du nombre des hématies dans le sang : à l'hyperglobulie anoxique ou hypoxique s'oppose une hypoglobulie hyperoxique. La valeur respiratoire du sang s'adapte aux taux de l'oxygène dans l'air inhalé.

Durant ces dernières années, la blessure de guerre, autant par sa fréquence que par sa gravité, a conduit le biologiste à reprendre le problème de la lutte de l'organisme *saigné :* ce problème est plein d'enseignements précieux.

Lorsque l'organisme subit une forte déperdition sanguine, des troubles graves apparaissent qui peuvent entraîner la mort. On admet que celle-ci s'observe quand le sujet a perdu 50 à 70 % de la masse sanguine. Dans des recherches personnelles, nous avons noté la syncope respiratoire lorsque l'organisme de l'animal avait perdu les 3/5 du sang total. Au-dessous de ces chiffres, l'hémorragie est tolérée et on peut voir, dans ces conditions, des réactions de la plus haute importance qui montrent la perfection des mécanismes régulateurs. Envisageons d'abord les modifications humorales enregistrées du côté du sang.

Lorsque l'hémorragie a réduit considérablement la masse sanguine, celle-ci tend immédiatement à reprendre sa valeur initiale. Le système circulatoire n'est pas clos ; il se fait des échanges incessants entre le sang des vaisseaux et ce liquide qui baigne les tissus et qu'on désigne sous le nom de liquide lacunaire. En présence d'une perte de sang, une partie de ce liquide passe dans les vaisseaux ; le volume circulatoire se rétablit, avantage considérable pour la dynamique circulatoire ; cette réaction va se traduire subjectivement par une soif impérieuse de l'hémorragié qui réclame « à boire ». On peut dire, en employant une expression utilitaire, que de lui-même, l'organisme assure une réhydratation circulatoire rappelant ce que les chirurgiens obtiennent lorsque, chez un patient hémorragié, ils effectuent une injection intraveineuse d'une solution artificielle ou d'une certaine quantité de plasma sanguin ; on a calculé, à la suite d'une importante saignée, que 0 cc. 25 de liquide lacunaire passait dans le sang par kilogramme d'animal et par minute et qu'en vingt minutes, la masse sanguine était définitivement rétablie.

L'analyse montre qu'il y a mieux encore et que la saignée mobilise le sang accumulé en réserve dans certains organes, le foie, l'intestin, et surtout la rate. Dès le début de l'hémorragie, en effet, ce dernier organe se contracte et chasse dans le sang circulant les hématies accumulées dans ses mailles. Cette réaction peut même déterminer une élévation du nombre des globules rouges dans le sang circulant tout au début de l'hémorragie, réalisant une polyglobulie en apparence paradoxale. L'examen comparatif des organes nous montre que cette chasse n'est pas générale, comme si la circulation de plusieurs viscères (foie, intestin, rate) était sacrifiée au profit des organes les plus fragiles et les plus importants : le cerveau et le cœur.

On nous permettra de souligner cette double réaction dans la biologie de l'hémorragié et lorsqu'on a préconisé l'emploi du sang dilué, on a tenté à la fois de compléter et d'accélérer cette double réaction de défense.

Par ailleurs, le sang circulant va se modifier dans ses propriétés biologiques. On a décrit une augmentation du sucre sanguin, une élévation du cholestérol. Retenons surtout l'existence d'une hypercoagulabilité sanguine. Tous les expérimentateurs, en effet, sont d'accord pour reconnaître que, sous l'influence de la saignée, le sang devient plus coagulable, soit par suite d'une réaction splénique comme on l'a soutenu, soit, mieux, grâce à une réaction hépatique. Cette hypercoagulabilité sanguine présente un intérêt considérable puisqu'elle facilite la production d'un caillot obturateur au niveau d'une plaie vasculaire et permet ainsi quelquefois l'arrêt spontané d'une déperdition sanguine.

La biologie de l'organisme saigné comporte par ailleurs une étude de l'appareil circulatoire qui réagit intensément et efficacement à la soustraction sanguine ; le cœur s'accélère et à cette

tachycardie réactionnelle s'ajoute une constriction des vaisseaux : on observe une hypertonie vasculaire qui joue intensément pour s'opposer à la chute de tension déclenchée par la perte du sang circulant. La régulation de la pression artérielle est si perfectionnée que l'hypotension appelle des réactions à effets hypotenseurs : en d'autres termes, l'hypotension appelle l'hypertension. La technique expérimentale moderne permet d'envisager, sur un organisme, un segment isolé qui a conservé, avec le reste du corps, ses connexions nerveuses, mais qui se trouve tributaire, du point de vue de la circulation, d'un cœur indépendant artificiel. L'hémorragie du corps déclenche dans tout l'organisme un effondrement circulatoire, alors que dans le segment perfusé, la tension s'élève considérablement : les centres nerveux supérieurs, excités par l'hypotension hémorragique, déclenchent un resserrement des vaisseaux périphériques ; le mécanisme de la réaction est double, il est nerveux, il est humoral, adrénalinique. On nous permettra de souligner la netteté, la portée de cette réaction vasculaire capable d'élever la tension de 6, de 8 centimètres de mercure. L'hémorragie est-elle trop poussée ? Les centres de commande ne peuvent intervenir du fait que leur fonctionnement est compromis par une anémie trop sévère et l'effondrement circulatoire s'installe. La restauration partielle de la masse sanguine est-elle réalisée ? Les centres nerveux peuvent déclencher à nouveau la réaction vasculaire, et la tension artérielle va se relever.

Les réactions de l'organisme saigné ne sont pas toutes immédiates ; il importe d'en isoler certaines plus tardives. Faut-il rappeler, après l'hémorragie, l'apparition dans le sang de substances spéciales qui activent l'hématopoïèse et facilitent la régénération des hématies ? Citons encore ces magnifiques expériences réalisées avec le fer radio-actif administré par voie buccale : dans un organisme normal, l'absorption est minime, par contre, après une saignée, l'absorption du fer est rapide, comme si l'épithélium de la muqueuse intestinale était modifié et facilitait l'absorption de ce fer dont l'organisme a besoin pour élaborer l'hémoglobine qui lui fait défaut.

Nous ne pouvons abandonner le problème de l'hémorragie sans envisager enfin le sort de cet organisme dans lequel la perte de sang a été trop brusque, trop abondante : la tension est effondrée, la respiration s'arrête, les sphincters se relâchent, les battements du cœur sont à peine perceptibles. Dans ce corps inerte, pâle et déjà refroidi, comment ne pas renouveler l'interrogation pathétique du philosophe ? : « Est-il parmi les morts ou appartient-il encore au monde des vivants ? » Il faut bien savoir, en réalité, que cet organisme est capable d'être réanimé. Dans un laboratoire, l'expérimentation montre qu'un animal saigné à blanc, dont la respiration est arrêtée et dont la circulation paraît supprimée, peut échapper à la mort s'il reçoit rapidement, par la voie veineuse, une dose élevée d'une solution artificielle physiologique chauffée, ou mieux encore, du sérum artificiel additionné d'un peu de sang ou de plasma sanguin ou du sang citraté frais ou conservé : la tension artérielle se relève, la respiration renaît, la circulation se rétablit et l'organisme survit définitivement.

Toutes ces dernières années, le problème de la réanimation est devenu avant tout un problème humain. Des milliers d'hommes sont tombés quotidiennement, pour lesquels une thérapeutique de toute première urgence a dû être tentée avec énergie : les médecins auxiliaires des formations combattantes, les médecins réanimateurs des bataillons médicaux, parce qu'ils ont agi vite et fort, ont pu rappeler à la vie des soldats chez lesquels le pronostic fatal semblait s'imposer. L'éloquence de leurs statistiques nous montre sans contestation possible qu'au mot classique de la fragilité de la vie, il convient d'opposer celui, plus vrai, de la résistance devant la mort ; cette prodigieuse faculté de défense qui permet aux traitements dits de réanimation — transfusion sanguine et respiration artificielle — d'obtenir de véritables résurrections.

***

Que dire maintenant de l'organisme *mutilé ?* Quel en est l'avenir ? Peut-on parler quelquefois de régénération ; est-il permis d'affirmer l'existence d'une adaptation après ablation d'un organe ?

Envisagée dans le monde vivant, la régénération est un des plus captivants problèmes de la biologie. La feuille de fougère mutilée rétablit sa pointe, le pied de labiée récupère ses racines, le triton régénère une patte amputée. Que dire de l'organisme humain ? On soutient quelquefois que la régénération est impossible chez lui ; on oublie que le sang se reforme, qu'un os fracturé se consolide, qu'un nerf sectionné se regénère. Par ailleurs, chez des mammifères, une blessure du foie qui a déterminé la destruction de la moitié, même des 3/4 de la masse totale de cet organe, peut être suivie de la réparation du parenchyme hepatique. Chez un lapin, le foie est folié, composé de quatre lobes : par des ligatures vasculaires, excluons les trois lobes supérieurs : le lobe inférieur s'hypertrophie et au 35e jour, nous avons vu qu'il peut acquérir un volume égal à la totalité d'un foie normal. Des expériences nombreuses faites sur la rate, des observations précises portant sur la glande thyroïde, sur le cortex surrénal ont conduit à la notion de la réparation possible de ces organes en partie détruits. Peut-être pourrait-on souligner la netteté et l'importance de l'hypertrophie compensatrice d'un poumon après collapsus de l'autre : le poids et le volume de l'appareil respiratoire d'un animal ne respirant plus qu'avec un seul poumon deviennent égaux et même supérieurs aux poids et volume de l'appareil pulmonaire d'un animal témoin, mais je voudrais souligner, parce que parfaitement étudiée, l'hypertrophie du rein après l'ablation de l'autre rein.

Après néphrectomie unilatérale, on note une augmentation du volume du rein laissé en place ; cette hypertrophie, chez le lapin qui a servi à de telles expériences, est achevée du 45e au 50e jour qui suit l'opération ; ce rein augmente des deux tiers de son poids total. Mais poussons plus loin l'analyse de ce rein ; si la partie centrale médullaire n'a pas varié, la partie périphérique corticale du rein, elle, a doublé et l'on sait qu'elle est la partie sécrétrice. Le rein a donc, dans ces conditions, la valeur fonctionnelle d'une double glande.

***

Ce rapide inventaire des moyens de défense d'un organisme menacé nous amène à citer cette série de magnifiques travaux biologiques mis en honneur par Claude Bernard et largement complétés par les expérimentateurs modernes. Nous connaissons bien la stabilité de l'être vivant et la fixité du milieu intérieur, « condition d'une vie libre et indépendante », mais l'être vivant n'est stable que parce qu'il est modifiable et justement « chaque influence perturbatrice provoque d'elle-même la mise en activité de l'appareil compensateur qui doit neutraliser et réparer le dommage ».

En considérant l'organisme refroidi qui fait plus de chaleur, le sujet qui a chaud engendrant des réactions correctrices, le sujet sous-alimenté qui diminue ses combustions de base, en observant l'organisme qui lutte contre l'asphyxie, contre l'hémorragie, contre la mutilation par des moyens si puissants, on pense à cette remarque du grand physiologiste contemporain qu'est Cannon, le promoteur de l'héméostasie : « Le mal apporte son propre remède. »

Ces mécanismes de régulation méritent d'être soulignés sous leurs divers aspects : n'est-ce pas leur étude et leur analyse qui ont conduit les expérimentateurs modernes à écrire les chapitres les plus féconds de la physiologie générale ? N'est-ce pas leur connaissance approfondie qui guide le médecin et le chirurgien dans leurs efforts thérapeutiques, de façon à respecter une réaction heureuse et à suppléer à une insuffisance ?

Dans un organisme vivant, l'importance de ces mécanismes régulateurs que complètent l'harmonieuse association des organes et le merveilleux enchaînement des diverses fonctions, révèle une perfection qui nous saisit d'admiration... et malgré soi on redit le mot de Léonard de Vinci : « Celui qui n'estime pas la vie ne la mérite pas. »

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

9 *juillet.* — M. Castaigne. — Le nanisme rénal.
M. Mélin. — Association du rétrécissement congénital de l'isthme de l'aorte à une tumeur médiastinale.

10 *juillet.* — M. Chavigny. — Sur deux insecticides nouveaux.
M. Cordin. — Induratio penis plastica.

11 *juillet.* — M. Rémond. — Introduction à l'électro-encéphalographie clinique.
M. Wallet. — L'hyperfolliculinie, syndrome de dysharmonie hypophyso-ovarienne.
M. Rensonnet. — Contribution au traitement des arthrites post-traumatiques du poignet par l'iono-fangothérapie.
M. Réveillaud. — Endoartérite pulmonaire siégeant à l'orifice pulmonaire du canal artériel.
M. Flabeau. — Des hématomes spontanés des muscles grands droits de l'abdomen.
M. Cambessédès. — A propos de quelques cas d'ostéopathie de carence ; intérêt du syndrome biologique.
M. Joue. — Des tumeurs malignes des nerfs périphériques.

12 *juillet.* — M. Soiron. — Troubles sensitifs du membre supérieur et syndrome Claude Bernard.

RECHERCHES SUR L'ÉTIOLOGIE DES PSYCHASTÉNIES DE L'ADULTE

Par J. Alliez et J. Cain (de Marseille)

L'un de nous ayant eu l'attention attirée sur l'importance primordiale du terrain dans l'étude des manifestations psychiatriques apparemment en relation avec les événements actuels, nous avons voulu rechercher quelle était la part respective des causes occasionnelles et de l'élément constitutionnel antérieur dans le déclenchement d'états psychosiques couramment observés. Nous avons choisi les observations des pychasténiques comme fournissant un matériel clinique intéressant et suffisamment étendu, même après en avoir bien fixé les limites. Après avoir marqué les cadres du problème, nous apporterons les résultats de notre statistique et les conclusions qu'elle nous a suggérées.

La psychasthénie est le carrefour où se rencontrent la dépression et l'anxiété. Dépression autant psychique que physique avec inattention, hypomnésie, apathie, asthénie, aboulie, tous symptômes de mélancolie. Anxiété dont le degré mineur est le doute, l'extrême étant l'idée parasite qui tourmente le malade bien qu'il se rende compte de son importunité, en un mot, l'obsession. Mais à côté de ce type aisément reconnaissable, la prévalence de l'un ou l'autre des symptômes pourra rendre difficile la distinction avec le mélancolique vrai ou avec cet hybride qu'est le neurasthénique.

Si la mélancolie évolue par poussées caractéristiques de dépression grave avec idées délirantes, perte du sens critique, tentatives de suicide ou bien si l'évolution cyclothymique est nette avec périodes d'hypo puis d'hyperthymie, le diagnostic est facile. Mais il y a des cas limites, notamment de psychasthénie à rechutes, et de mélancolie seulement anxieux, sinon obsessionnelle, et la distinction s'avère alors plus difficile. Deux critères sont alors nets ; l'un clinique : dans la psychasthénie, le malade se révolte contre son mal et « n'entre pas dans le jeu » ; l'autre thérapeutique : seule la mélancolie réagit à l'électro-choc.

De la neurasthénie, le procès n'est pas encore conclu. Reconnaissons-lui cependant les caractères suivants : toujours acquise, l'anxiété y occupe une place mineure, l'état d'épuisement nerveux y est prédominant, l'asthénie plus physique que psychique ; si l'obsession se surajoute, elle se fait sur l'organe malade du sujet, non à propos de tout, cette obsession étant centrée ici par et sur le lieu d'infériorité. Enfin passagère, elle cèdera plus facilement.

Ce cadre établi, nous l'avons réduit encore en ne gardant des psychasthénies vraies que celles apparues à l'âge adulte, sans épisode antérieur. Il est frappant, en effet, de voir que cette psychose que l'on tient pour constitutionnelle, se révèle souvent très tard. Enfin nous avons laissé les cas symptomatiques d'une démence précoce, d'une paralysie générale ou d'une tumeur cérébrale qui sont des formes de début de ces maladies.

Statistique

Sur 150 observations prises dans la clientèle et à la consultation de l'un de nous, et dans le service de notre maître le Professeur Roger, nous sommes arrivés aux chiffres suivants :

I. — Dans 49 cas (1/3), le caractère constitutionnel est prévalent, la maladie apparaît dès la fin de l'adolescence et parfois déjà dans l'enfance on retrouve une certaine inquiétude ou un état dépressif passager. Le début des accès correspond parfois à une atteinte somato-affective coexistante.

II. — Dans 101 cas (2/3), il y a révélation tardive de la névrose, après 30 ans pour 75 o/o de ces cas, et nous le répétons, sans antécédents héréditaires ou personnels similaires. Dans cette deuxième série nous avons trouvé :

a) Dans 24 cas, aucune cause somatique ou affective ;

b) Dans 16 cas, une cause affective nette datant de quelques semaines au plus (départ, mort, discorde...) ;

c) Dans 61 cas, à une cause affective plus ou moins nette se surajoutait une lésion organique apparue parallèlement à la psychose. Ces maladies somatiques peuvent être aiguës, et la psychose apparaît alors très tôt, ou chroniques et les troubles psychiques se manifestent alors tardivement, après plusieurs poussées, par exemple, d'un ulcus gastrique.

Ces maladies sont de natures diverses, et toute classification est illusoire : traumatisme (7 cas), affections digestives (10 cas, avec prédominance d'ulcère et d'insuffisance hépatique légère), affections du système nerveux (9 cas), troubles endocriniens (11 cas, dont 7 apparus à la ménopause), affections cardiaques (2 cas), surmenage physique intense (6 cas), infections (10 cas), intoxications (5 cas, dont 4 d'éthylisme chronique très net).

Nous avons ensuite condensé en un tableau l'âge d'apparition de la maladie chez nos sujets, et à titre de comparaison, nous dónnons à côté le tableau établi sur les mêmes bases par Pitres et Régis en 1902. Deux différences sont à noter :

Au point de vue quantitatif, Pitres et Régis trouvent 43 o/o de psychasthénies après 20 ans, alors que nous en trouvons 65 o/o.

Au point de vue qualitatif, notre tableau montre aussi des âges plus avancés. Si nous avons à peu près les mêmes proportions jusqu'à 35 ans, nous en trouvons encore jusqu'à 65 ans.

Pitres et Régis		Notre Statistique	
5-10 ans	14	Avant 20 ans	49
11-15 »	32	20-25 ans	17
16-20 »	11	26-30 »	24
21-25 »	14	31-35 »	16
26-30 »	13	36-40 »	17
31-35 »	9	41-45 »	12
36-40 »	1	46-50 »	6
41-45 »	1	51-55 »	6
46-50 »	3	56-60 »	1
51-55 »	1	61-65 »	2
56-60 »	1		
61-65 »	0		150
	100		

Enfin, avant de passer à un essai pathogénique, nous voulons faire trois remarques suggérées par les faits au cours même de notre étude.

I. — La multiplicité fréquente des étiologies, véritable sommation de cause. Soit causes de même ordre : un malade qui en deux ans fait une colique néphrétique, une colique hépatique, une scarlatine, une entérite grave. Soit, et plus souvent, causes d'ordre différent et alors en général l'atteinte somatique est la plus grave.

II. — Chez les jeunes, nous avons trouvé surtout des obsessions idéatives ; chez les vieillards, des obsessions phobies, les autres forme d'obsessions étant très rares dans les deux cas.

III. — Au point de vue évolutif, de ces 150 malades, il y en a environ la moitié qui a guéri complètement, 1/4 qui s'est amélioré pour pouvoir reprendre une vie à peu près normale, et 1/4 qui garde encore le même état dépressif.

Recherche d'une étiologie

Dépassant la signification extérieure de ces chiffres, comment peut-on entrevoir la genèse de la psychasthénie tardive ? Il faut examiner successivement les facteurs constitutionnel, affectif et somatique.

I. — Rôle de la constitution : sans insister sur une question aussi débattue, disons que :

S'il y a une empreinte héréditaire, on ne peut jamais savoir dans quel sens elle se fait, puisque à côté de l'hérédité similaire, il y a l'hérédité dissemblable et l'hérédité de transformation.

Même s'il y a une prédisposition innée, les facteurs exogènes la transforment énormément.

Elle n'est pas tout, puisque dans 65 o/o de nos cas, l'organisme n'a fléchi qu'après 20 et même 30 ans.

Enfin, il y a des termes de passage, ce qui se comprend seulement si l'on admet des niveaux plus ou moins profonds de dissolution psychique (rapports entre psychasthénie et psychoses maniaco-dépressives, entre psychasthénie et schizophrénie).

En fait, on peut admettre l'existence de prédispositions constitutionnelles, mais dans toutes ces formes tardives, il y a toujours un autre facteur qui se surajoute et cristallise la maladie.

II. — Rôle de l'élément affectif. Le malade rattache facilement sa dépression actuelle à un choc affectif récent. Cette facilité même est suspecte car, d'une part, beaucoup éprouvent de tels chocs sans verser dans la névrose, et d'autre part, le même malade avec le même terrain a déjà ressenti des atteintes aussi intenses sans pour cela être déprimé.

Toutefois cet élément a son importance : d'abord parce que le plus souvent il s'ajoute aux autres ; et aussi par le fait que le malade se souvient de cette cause-là et pas d'une autre, symbole plus ou moins net, il nous conduira au traumatisme ancien, premier élément du problème que dénouera l'analyse.

III. — Rôle du dégât somatique. La connaissance exacte de la lésion n'a pas grande importance ; elle joue par sa présence plus que par sa nature et nous n'hésitons pas à lui accorder une place prévalente dans l'étiologie actuelle des psychasthénies acquises. Elle doit être considérée avant tout comme un dégât somatique propre à diminuer la résistance d'un terrain préparé. Ce n'est pas une simple coexistence puisque dans notre statistique un malade sur deux est porteur d'une lésion visible, proportion bien élevée. L'apport de cette cause organique est un

facteur important d'amoindrissement qui rétrécit toutes les possibilités du sujet ; et ce n'est pas seulement l'interprétation du malade qui lui donne cette importance, car alors que pour les chocs affectifs nous avons retrouvé, soit leur répétition antérieure (et sans effet), soit leur futilité, ici nous trouvons, avec un passé presque indemne, une maladie actuelle grave. Autant de changements dans le comportement habituel qui font du sujet un amoindri sur lequel le complexe d'infériorité pourra germer plus facilement.

On nous objectera peut-être que nous avons confondu dans nos observations la psychasthénie avec des cas de neurasthénie. Confirmons encore ici la différence que nous faisons entre les deux maladies : la neurasthénie est acquise, sur un terrain sensiblement normal (en tout cas jamais anxieux), provoquée par une lésion organique isolée, l'idée obsédante lorsqu'elle survient, est centrée sur l'organe malade. C'est une asthénie psycho-somatique. La psychasthénie est parfois acquise, l'anxiété y égale la dépression, des causes d'ordre différent s'ajoutent pour la déterminer, l'obsession y est précoce, diffuse, non centrée sur l'organe lésé. C'est une asthénie plus psychique que somatique.

En résumé, sur un total de 150 cas, nous avons observé deux groupes différents :

Un premier groupe (1/3) comprend les psychasthénies franchement constitutionnelles, révélées tôt. Elle est durable, continue, le terrain y est prévalent, les autres causes secondaires ou absentes. Pour certains, c'est la véritable psychasthénie.

Le deuxième groupe comprend des syndromes psychasthéniques qui se révèlent tard sous l'influence de causes multiples et évoluent ensuite vers la guérison, la rechute ou un état permanent d'obsession et de dépression.

S'il fallait résumer en une phrase les impressions que nous ont fournies cette étude, nous dirions que le dégât somatique actuel causé par la maladie organique réveille au maximum les tendances de dépréciation acquises ou innées et qu'il suffit d'un choc affectif déclenchant, souvent d'intensité mineure, pour faire verser le sujet dans une psychasthénie vraie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 octobre 1945

Expérience de six mois de traitement par la pénicilline des maladies infectieuses des enfants. — MM. R. Debré, Mozziconacci, Mme Herzog, Mme Monod-Broca. — D'après l'étude de 236 cas traités par la pénicilline pour les maladies infectieuses diverses, les auteurs concluent :

Dans les méningites aiguës à méningocoques, les sulfamides doivent être employées d'abord ; après 24 ou au plus 48 heures sans changement, on emploiera la pénicilline.

Dans les méningites à pneumocoque, administrer d'emblée la pénicilline : une dose quotidienne de 15 à 20.000 unités ; si l'amélioration tarde, ponction de la fontanelle et des ventricules, suivie d'injection de pénicilline.

En cas de pyocéphalie, prolonger longtemps le traitement.

Dans la broncho-pneumonie, pénicilline intra-musculaire et en instillations sous forme d'aérosols : 3 ou 4 séances en 24 heures pendant une dizaine de jours au moins.

Dans les pleurésies purulentes, l'injection intrapleurale de pénicilline est plus efficace que la sulfamidothérapie.

Dans les infections cutanées de l'enfant, souvent très graves, l'action de la pénicilline est manifeste ; elle est très douteuse dans l'otomastoïdite du nourrisson.

Les essais dans la syphilis congénitale du nouveau-né sont intéressants et méritent d'être poursuivis avec précaution.

Discussion. — M. Lemierre résume les résultats du traitement de septicémies de l'adulte : septicémies à staphylocoques : 29 cas (dont 10 staphylococcies malignes de la face), 25 guérisons, 4 morts ; septicémies à streptocoques hémolytiques : 20 cas, 15 guérisons ; non hémolytiques : 2 cas, 2 guérisons ; septicémie mixte streptocoque hémolytique + staphylocoque : 1 cas, 1 guérison ; septicémie à pneumocoques : 1 cas, 1 mort ; septicémie à streptocoques anaérobies : 1 cas, 1 mort ; septicémies à b. funduliformis : 5 cas, 5 guérisons ; foie appendiculaire à b. funduliformis : 1 cas, 1 guérison ; septicémie à b. perfringens : 2 cas, 2 morts tardives par anurie après arrêt de la septicémie. M. Laubry, dans l'endocardite lente, a vu une chute de température et une stabilisation évolutive apparente durable qu'il ne faut pas confondre avec une guérison réelle.

Sur un papillome infectieux du rat, type molluscum contagiosum. — MM. Roussy et M. et P. Guérin. — Ces papillomes infectieux observés chez de jeunes femelles ont la structure du molluscum contagiosum avec les inclusions cytoplasmiques caractéristiques. La transmission en est délicate ; seules les frictions après scarification ont réussi. L'agent est sans doute comme chez l'homme un ultra-virus.

Pour le retour à l'heure normale d'hiver. — M. Laignel-Lavastine. — Tenant compte de la dépendance de l'homme vis-à-vis du milieu où il vit, des variations de l'équilibre vago-sympathique en fonction du cycle nycthéméral et du sommeil avec leurs retentissements sur le pH urinaire, et de diverses autres données physiologiques, l'auteur préconise un retour à l'heure normale d'hiver, heure vraie, durant la saison d'hiver.

Recherches sur l'immunité dans la syphilis expérimentale. — M. Gastinel. — Après plusieurs années d'étude expérimentale de l'immunité syphilitique, l'auteur montre qu'un traitement intensif des animaux syphilisés depuis plus de trois mois entraîne la stérilisation. Il subsiste cependant un état réfractaire contre la réinoculation pendant un an ; cet état s'efface graduellement au cours d'une phase où la réinoculation produit une syphilis inapparente.

Cette constatation plaide en faveur de l'immunité d'infection et s'oppose à l'immunité acquise.

De l'importance du facteur « valeur musculaire » dans l'évaluation de l'incapacité permanente de travail. — M. Bidou.

Ce facteur peut être évalué et enregistré par énergamétrie au moyen d'appareils enregistreurs appropriés.

Séance du 30 octobre 1945

Rapport sur des demandes en autorisations de vaccins et sérums. — M. Brocq-Rousseu.

La lutte contre la diphtérie au moyen de la vaccination par l'anatoxine dans le département du Tarn-et-Garonne. — M. Guerriero. (Présentation par M. Ramon.) — La vaccination est organisée dans ce département depuis 1942. Au 31 décembre 1944, 87 % des enfants d'âge scolaire et 65 % des non scolaires étaient vaccinés. Les enfants des groupes d'âges soumis à la vaccination ont été relativement épargnés ; les adultes, non vaccinés le plus souvent, ont été beaucoup plus souvent atteints. Il y a eu 6 fois plus de diphtéries chez les non-vaccinés que chez les vaccinés. Mortalité diphtérique nulle chez les vaccinés.

Le traitement des paralysies diphtériques par la chloroformisation et la sérothérapie. — MM. Ch. Sarrouy, P. Combe et L. Salessy. — Les auteurs proposent de traiter les paralysies diphtériques par une chloroformisation profonde (abolition du réflexe oculo-palpébral) et durable (au moins 45 minutes). Pendant la chloroformisation, ils injectent en une fois une dose importante de sérum. Cependant, cette dernière est peut-être superflue si l'on admet qu'à la période des paralysies le sérum des malades contient un taux élevé d'anti-toxine. Par contre, il n'y a pas à craindre d'accidents sériques, l'anesthésie générale étant une excellente méthode pour éviter les accidents anaphylactiques.

Observations de paludisme héréditaire et congénital. Paludisme du nourrisson. — M. Pervès. — Dans une région forestière et marécageuse du Cameroun, centre de prédilection pour la trypanosomiase, le paludisme et la lèpre, l'administration dans toutes ses branches a été confiée au service de Santé, ce qui a permis une police sanitaire effective de toutes les collectivités à tous les âges.

L'examen de la moelle sternale, du foie et de la rate d'enfants mort-nés, a permis de saisir, sans erreur possible, la réalité de la transmission du paludisme maternel au fœtus *in utero*, tout au moins pour le pl. falciparum. On a également saisi dans 10 % des cas la contamination au moment de la naissance.

Chez le nourrisson sain, la contamination par falciparum paraît se faire surtout du 3e au 10e mois ; le vivax est plus rare et n'infecte que vers le 7e mois du fait des moustiques surtout.

La trypanosomiase congénitale paraît fréquente dans une population non traitée ; elle est rare (0,5 %) dans un milieu négativé par le traitement.

Le paludisme est de beaucoup l'agent de dépopulation le plus important dans cette région.

Discussion : MM. Armand-Delille, M. H. Vincent.

L'état confusionnel prémonitoire de l'accès maniaque. — M. A. Barbé. — Il est le plus souvent impossible d'obtenir du malade, ni de son entourage, des renseignements valables sur les signes prémonitoires d'un accès maniaque ni sur son début. Un cas personnel a permis à l'auteur d'avoir connaissance d'un état confusionnel préalable, que chez des sujets jeunes surtout il est important de savoir reconnaître dans sa vraie nature que l'évolution seule permettra du reste de diagnostiquer sûrement.

Election. — M. H. Hazard est élu membre titulaire dans la section des Sciences biologiques, chimiques, physiques et botaniques, en remplacement de M. Tiffeneau, décédé.

Séance du 6 novembre 1945

Nécrologie. — M. le Président fait part à l'Académie du décès de M. Jean Troisier.

Rapport sur les vaccinations et revaccinations en France pendant l'année 1944. — M. Henri Bénard.

Les longues incubations de récidives d'épithélioma ganglionnaire régional ou métastatique, sans récidive, du premier cancer. — MM. Gougerot et Carteaud. — On peut tenter de les expliquer par différents mécanismes pathogéniques : équilibre des forces physico-chimiques, résistance ou immunité tissulaire ou humorale, sensibilisation par les cellules cancéreuses, maturation et germination des cellules précancéreuses ou paracancéreuses. Les auteurs confrontent avec ces hypothèses une observation personnelle de récidive nodulaire disséminée de la paroi thoracique 3 ans après l'ablation d'un cancer du sein et sans récidive dans la cicatrice opératoire. Il se produit une sorte d'explosion de petits nodules épithéliomateux comme par le brusque fléchissement de la résistance.

Discussion : MM. Rist, Rochon-Duvigneaud, Chevassu, Laubry.

Importance de la prophylaxie antituberculeuse de l'enfance dans le cadre de la lutte contre la tuberculose. — MM. Armand-Delille et Béthoux. — Il est nécessaire d'intégrer dans le cadre général toutes les mesures propres à éviter la contagion familiale. Le dépistage chez l'enfant se fait efficacement par les cuti et intra-dermo-réactions et la radiographie. Les formes insidieuses de l'enfant nécessitent une observation rigoureuse. Dépistage et observation, reconnaissance des foyers contaminants et des enfants contaminés ne peuvent se faire que grâce aux organismes sociaux et à la visite fréquente des collectivités.

Le nourrisson exposé doit recevoir du B.C.G. et être séparé de sa mère contaminante. On doit enfin aiguiller les sujets selon leur degré de contagiosité vers le placement en milieu sain, le préventorium ou le sanatorium au moyen d'organismes de triage et d'observation.

Discussion : M. Bezançon insiste sur l'importance de la prophylaxie familiale sur place et la nécessité d'une politique du logement.

Utilisation de dispensaires spécialisés dans la prophylaxie sociale du cancer. — M. Barbary (présentation par M. Guérin). — Le cancer n'atteint que certains sujets qui présentent une prédisposition spéciale ou un terrain favorable ; il existe toujours une phase de précancérose insoupçonnée.

Des organismes spécialisés seraient chargés de mettre en pratique le diagnostic précoce, de dépister les prédisposés par l'examen des modifications humorales dont la valeur indicative est reconnue et par la prescription de traitements préventifs capables de rétablir l'équilibre humoral troublé.

L'auteur présente un plan de lutte au moyen de dispensaires départementaux spécialisés.

Chromovaccination du rouget du porc. — M. Remlinger. — L'expérimentation sur le lapin et sur la souris blanche a montré la possibilité d'une vaccination, au moyen de cultures fuchsinées de bacille du rouget du porc. Cette vaccination est active contre des souches de bacille du rouget autres que celle qui a servi à la préparation du vaccin.

Elections. — MM. Roumer (de Strasbourg) et Piéry (de Lyon), sont élus correspondants nationaux dans la division de médecine.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 17 octobre 1945

Décès du Dr René Bloch, du professeur Jeanneney, du professeur Froelich.

M. Cadenat, président, en annonçant ces décès, donne des détails sur la mort de M. René Bloch, assassiné dans des conditions affreuses par un médecin allemand qui, à Ausschwitz, lui a fait une piqûre intracardiaque d'acide phénique. Le fait a été rapporté par un témoin oculaire. Cet abominable assassinat devra ne pas être oublié.

Lobectomie pour cancer du poumon. — M. R. Albert Monod présente le malade.

Sur un cas d'anomalie biliaire. — M. Caby. — M. Toupet rapporte cette observation dans laquelle le cystique paraissait s'aboucher dans la branche droite du canal hépatique, à moins qu'il ne se soit trouvé en présence d'un canal biliaire accessoire.

Accidents consécutifs à la compression prolongée des masses musculaires. — M. Pervès rapporte les observations qu'il eut l'occasion de recueillir au cours d'un écrasement survenu dans un tunnel ; les masses musculaires d'un segment de membre étaient grosses, tendues, blanchâtres, tandis que le blessé shocké présentait des urines acajou, puis un syndrome d'anurie. M. Pervès rapproche ces faits de ce que les Anglais ont décrit sous le nom de *crush injuries*.

M. J. Gosset s'élève contre la conception toxique de ce syndrome ; ces accidents seraient comparables à ceux que l'on observe après une levée de garrot ; immédiatement après l'accident, on observe un shock par déperdition exhémique ; puis secondairement le blocage rénal dont certains admettent qu'il est dû à une cristallisation de l'hémoglobine dans les tubes rénaux.

A propos du traitement des pseudarthroses du col du fémur. — M. Merle d'Aubigné a eu d'assez bons résultats avec la résection arthroplastique, des résultats très inégaux avec les ostéotomies sous ou intertrochantériennes. Il préconise une opération intraarticulaire qui, dans des cas bien choisis, donne d excellents résultats.

Réfection d'un condyle fémoral au moyen d'une rotule. — Présentation du malade. M. Merle d'Aubigné.

Séance du 24 octobre 1945

Sur les lésions consécutives aux contusions musculaires. — M. Gueulette a observé, à la suite de l'application d'un appareil sur un avant-bras fracturé, une fonte considérable des masses musculaires suivie d'une réapparition de celles-ci.

Enclouage des fractures du col fémoral sans appareil de visée. — MM. Ménégaux et Lascaux situent le point de pénétration à deux centimètres au-dessous de la crête sous-trochantérienne. Ils enfoncent, après trépanation de la corticale, un trocart, puis une broche.

M. Sénèque estime préférable l'usage d'un appareil de visée.

M. Mouchet a fait 118 enclouages du col sans appareil de visée.

A propos de 150 cas de maladie de Dupuytren. — MM. Desplas et Tostivint. — C'est la localisation habituelle d'une maladie générale qui peut frapper l'aponévrose plantaire et l'albuginée des corps caverneux. Le traumatisme joue peut-être un rôle dans la localisation et le développement de la maladie. La peau pathologique laissée en place peut être une cause de récidive ; aussi l'exérèse de la peau est-elle indispensable dans certains cas ; les auteurs préfèrent les greffes de Tiersch aux greffes de peau totale.

Les formes localisées sous peau saine relèvent de l'aponévrectomie partielle. Sur 150 cas, les auteurs comptent 26 résultats médiocres.

L'iléo-transversostomie dans les formes d'occlusions appendiculaires précoces réopérées après poursuite au maximum du traitement total. — M. Lange.

L'iléo-transversostomie systématique dans les occlusions post-opératoires précoces. — M. Quénu rapporte ces deux travaux ; sur 8 opérations, 7 guérisons. Lorsqu'il existe une agglutination d'anses, l'iléo-transverstostomie est préférable à l'iléo-transversostomie ; l'efficacité en est constante, presque immédiate.

Décortication pulmonaire pour empyème récidivant depuis 2 ans. — Présentation de malade. — M. R. Monod.

Cure d'un pseudarthrose de l'humérus par clou de Kunstcher. — MM. Leveuf et Laurence.

SÉANCE DU 31 OCTOBRE 1945

A propos de la dérivation interne dans le traitement des occlusions post-opératoires. — M. DUPONT (Mantes).

A propos de l'évolution secondaire des plaies viscérales de l'abdomen dans un hôpital d'évacuation. — M. ARNULF. — M. Moulonguet rapporte ce travail dans lequel l'auteur conclut au rôle de la péritonite à bas bruit dans le décès secondaire de ces blessés et à l'inefficacité de la pénicilline dans les suites éloignées de ces plaies viscérales.

Projectiles intrapéricardiques. Deux cas d'extraction. — M. BALLINET. — M. J. Patel rapporte ces deux observations dans lesquelles une péricardite constrictive s'était développée, déterminée, semble-t-il, par la présence du projectile.

Ostéomyélites apyrétiques de la hanche chez le nourrisson. Dangers des irradiations intempestives. — MM. FÈVRE et B. DUHAMEL montrent les erreurs qui peuvent être faites en présence de ces formes apyrétiques.

Sténose traumatique de l'intestin grêle. — M. FONTAINE et Mlle OSWALD. — M. Leriche lit cette observation dans laquelle la lésion intestinale était secondaire à un traumatisme violent de la fesse.

Pathogénie de l'anévrysme cirsoïde. Le rôle du glomus de Masson. — M. LOMBARD. — M. Moulonguet, lecteur.

M. LERICHE montre que le problème de l'anévrysme cirsoïde réside surtout dans l'augmentation progressive des vaisseaux à partir du glomus.

Résultat éloigné d'une fistulo-gastrostomie. — M. MURARD. — M. Sénèque lit cette observation suivie depuis plus de deux ans avec un résultat excellent.

Redressement d'une gibbosité tétanique. — M. CABY.

SÉANCE DU 7 NOVEMBRE 1945

Sur un cas de fistulo-gastrostomie. — M. BARBIER.

La cœcostomie dans les péritonites avec occlusion. — M. LAFFITTE considère que ce procédé doit avoir droit de cité en cas d'échec de l'aspiration duodénale continue.

Accidents dus au port du pessaire. — M. BAILLIS. — M. Albert Mouchet rapporte ces deux observations.

Fracture du tiers interne de la clavicule coïncidant avec la luxation sterno-claviculaire. — M. BATTEUR. — M. Merle d'Aubigné rapporte cette observation dans laquelle on réduisit et maintint la fracture et la luxation par broche intra-médullaire.

Sur le traitement de la lithiase de la voie biliaire principale. — M. J. QUÉNU apporte sa statistique personnelle comportant 29 cas de drainage externe, 6 morts post-opératoires. Les 23 cas restants sont restés guéris sans récidive, sans fistule biliaire secondaire. Il n'a aucune expérience de l'anastomose interne, mais serait disposé à l'utiliser dans les formes graves pour éviter la déperdition biliaire.

M. Jean GOSSET apporte la statistique du professeur A. Gosset qui comporte 162 cas avec 20 % de mortalité ; il a colligé d'autre part plusieurs autres statistiques et aboutit à un total de 1.636 cas avec une mortalité globale de 14 %. M. J. Gosset recherche les causes de la mortalité assez élevée de la statistique du professeur Gosset ; dans un tiers des cas, les opérés sont morts d'ailleurs plus d'un mois après l'opération, ce qui semblerait faire jouer un rôle à la déperdition biliaire ; des soins post-opératoires minutieux doivent diminuer considérablement cette mortalité secondaire ou tardive.

IXE CONGRÈS FRANÇAIS DE GYNÉCOLOGIE

(Paris, 6, 7 et 8 octobre 1945)

Le IXe Congrès français de Gynécologie, premier des Congrès nationaux tenu à la Faculté de médecine de Paris, depuis la guerre, vient, comme ses prédécesseurs, de remporter le plus vif succès.

Ce succès est dû à la formule même de cette réunion qui rassemble annuellement non seulement les gynécologues purs, mais tous ceux qui, à un titre quelconque, concourent au progrès de la gynécologie, qu'ils soient médecins, chirurgiens, accoucheurs, physiothérapeutes, biologistes.

Il est la confirmation que l'initiative prise il y a quinze ans par le regretté F. Jayle et par Maurice Fabre, fondateurs de la Société française de Gynécologie, était excellente.

M. le Docteur E. Douay, de Paris, président de la Société française de Gynécologie, présidait ce Congrès.

Remplaçant M. le Doyen Baudouin, retenu à Genève par les Journées franco-suisses, M. le Professeur Cadenat ouvrit les travaux du Congrès, entouré de M. Aujaleu, directeur du cabinet du ministre de la Santé publique, de MM. les Représentants des ambassadeurs de la Grande-Bretagne, des Etats-Unis, de Belgique, de Hollande et de M. le Directeur du service de Santé de l'armée américaine et souhaita la bienvenue aux congressistes.

Ont pris successivement la parole M. le Président Douay, M. le Docteur Aujaleu et M. le Docteur Maurice Fabre, secrétaire général.

Noté parmi les personnalités présentes : Miss Barnes, déléguée de la Grande-Bretagne ; MM. Rogers, délégué des Etats-Unis ; Bourg, de Bruxelles, délégué de la Belgique ; Salomonson, d'Amsterdam, délégué de la Hollande ; Gueissaz, de Neuchâtel, délégué de la Suisse ; MM. les Colonels Shook et Holder, de l'armée américaine ; MM. les Professeurs et Docteurs : Horno Alcorta (Saragosse), J. A. Schockaert (Louvain), Drouha (Liége), Léopold Mayer (Bruxelles), d'Ernst (Genève), Robin (Montréal), de Groot (La Haye), Cotte, Chalier, Pollosson, Badolle, Lyonnet (Lyon), Delannoy, Paucot, Bedrine, Gelle, Decoulx (Lille), Masse, Magendie, Traissac (Bordeaux), Laffont (Alger), Aimes (Montpellier), Figarrella (Marseille), L.-M. Pierra (Luxeuil), Leconte des Floris (Besançon), Bernot (Dijon), Florentin (Nancy), Claude Beclère, Jean Dalsace, Max Jayle, J. Grasset, Guillemin, J.-E. Marcel, Merger, Moricaud, R. Palmer, F.-A. Papillon, Pecker, Roulland, M. Sénéchal, Turpault, Ulrich (Paris), etc...

La question à l'ordre du jour était le fibrome utérin.

Rapporteur général : M. le Professeur agrégé André Chalier, de Lyon.

PREMIER RAPPORT

Etiologie, pathogénie, anatomo-pathologie des fibromes utérins

Par Claude ROUVILLOIS (Paris)

Si nous résumons les notions pathogéniques actuelles, il reste expérimentalement que les injections répétées de benzoate de folliculine déterminent constamment l'apparition de fibromes utérins et extra-utérins. Ces fibromes, principalement localisés sous la séreuse, sont associés à des lésions typiques d'hyperfolliculinie. Ils sont constitués principalement par du tissu fibreux. Les différences essentielles avec le fibrome humain sont leur constitution presque uniquement fibreuse, la multiplicité de leur siège, leur localisation essentiellement sous-séreuse, les doses considérables « extra-physiologiques » qu'il faut injecter.

Qu'ils soient d'origine néoplasique ou dystrophique, les fibromyomes sont soumis aux influences des perturbations hormonales, dans leur naissance, probablement, dans leur développement sûrement. La présence de corps œstrogène est nécessaire et si l'hyperfolliculinie ne peut actuellement être invoquée comme cause du fibrome, du moins celle-ci a-t-elle une action constante sur le myomètre par hyperplasie. Outre l'hyperfolliculinie et plus importante que celle-ci, nous semble importante la dysfolliculinie, stimulus folliculinique anormal, soit quantitativement, soit prolongé dans le temps.

DEUXIEME RAPPORT

Etude clinique, symptômes, diagnostic, évolution

par E. DOUAY (Paris)

Le début ordinairement latent du fibrome s'accompagne parfois des signes de l'hyperfolliculinie.

Un examen méthodique est utile, même dans les cas évidents et non compliqués en apparence, car des erreurs peuvent se glisser même dans les cas les plus simples, et ces erreurs, grossesse, cancer utérin, tumeur annexielle, etc., peuvent être très préjudiciables pour les malades. L'hystérométrie avec la petite bougie en gomme, l'hystérographie seront utilisées avec profit.

Deux manières d'envisager le problème du fibrome :

1° La manière chirurgicale : opérer tous les cas de tumeurs abdomino-pelviennes sans chercher à en préciser le diagnostic ;

2° La manière médicale : attendre, par l'évolution, la confirmation du diagnostic et entreprendre un traitement médical de longue durée.

L'auteur préconise la manière gynécologique qui s'efforce de préciser le diagnostic pour en tirer les indications thérapeutiques variables avec chaque cas.

TROISIEME RAPPORT

Les complications des fibromes utérins

Par P. Ulrich (Paris)

Ulrich insiste tout d'abord sur le fait que le fibrome ne doit jamais être *en soi* l'objet d'une thérapeutique quelconque. Ce qu'il s'agit de soigner, ce sont les troubles qu'il occasionne et les *complications* qu'il entraîne. Il s'ensuit nécessairement qu'il faut proportionner le traitement à chaque cas particulier.

Les troubles de l'appareil circulatoire retiennent plus spécialement l'attention de l'auteur. Les hémorragies dues au fibrome sont minutieusement étudiées, ainsi que les cardiopathies en liaison avec la fibromatose.

L'auteur passe en revue les principales théories émises à ce sujet et en conclut que la notion scientifique d'une cardiopathie essentielle et spécifique de la fibromatose utérine ne saurait être acceptée à l'heure qu'il est. Pas plus que l'hypertension rencontrée si souvent dans le fibrome ne pourrait être considérée comme le résultat d'une toxine élaborée par la tumeur.

Un important chapitre du rapport est consacré aux complications veineuses et aux embolies post-opératoires. L'auteur se rallie à la doctrine du lever précoce préconisé par Chalier, mais signale l'importance que pourront avoir à l'avenir des médications nouvelles comme l'héparine et la dicoumarine (anathrombase du commerce). Il insiste aussi, dans la prévention des embolies, sur certaines précautions de tactique et de technique opératoire dont il s'était fait le protagoniste dans plusieurs ouvrages.

De brefs chapitres sont consacrés aux hémorragies intra-péritonéales aux complications mécaniques, annexielles, aux transformations septiques, aseptiques et néoplasiques, à la coexistence d'un cancer et, enfin, de la grossesse avec le fibrome utérin et les conséquences médico-légales et judiciaires que ces cas peuvent occasionner. *(A suivre.)*

NOTES POUR L'INTERNAT

SINUS LATÉRAL

Volumineux sinus joignant le pressoir d'Hérophile au trou déchiré postérieur. C'est le plus important collecteur veineux du crâne, après le sinus caverneux.

Description d'ensemble

Primitivement, le sinus latéral est une anastomose rectiligne jetée entre les veines cérébrales moyenne et postérieure. Sous l'effet du développement considérable de l'hémisphère cérébelleux et de la pyramide pétreuse, le sinus s'allonge, s'incurve. Finalement, il présente à étudier trois segments :

1° Un *segment occipital*, cheminant transversalement dans l'insertion dédoublée de la tente du cervelet ;

2° Un *segment mastoïdien*, descendant, oblique en bas, en avant et en dedans ;

3° Un *segment jugulaire*, formant la *crosse du sinus*, autour de l'apophyse jugulaire de l'occipital, avant de plonger dans le trou déchiré postérieur.

Le sinus latéral droit est souvent plus volumineux que le gauche, son calibre peut dépasser le centimètre. Il n'existe ni cloisonnements, ni valvules sur le trajet du vaisseau. La tunique endothéliale se continue directement avec celle de la jugulaire, la tunique fibreuse externe n'est qu'un dédoublement dural et ne se prolonge pas avec celle de la jugulaire.

Description par segments

a) Origine du sinus :

Le sinus s'échappe latéralement du pressoir d'Hérophile, ce confluent veineux situé à la rencontre de la faux du cerveau, de la faux et de la tente du cervelet, et qui reçoit :

En haut, le sinus longitudinal supérieur ;

En avant, le sinus droit ;

En arrière, des veines émanant du diploé de l'occipital.

Le pressoir est rarement médian et symétrique. Sa disposition est assez variable. Il peut être plexiforme. Souvent, il est dédoublé, de sorte que le sinus latéral droit prolonge le sinus longitudinal supérieur, tandis que le sinus latéral gauche prolonge le sinus droit.

b) Segment occipital :

La gouttière du sinus sépare, sur l'écaille occipitale, la fosse cérébrale de la fosse cérébelleuse. Sa projection se fait sur la ligne courbe supérieure de l'occipital : au-dessus d'elle, le crâne n'est recouvert que du cuir chevelu, au-dessous d'elle, il est matelassé de puissants muscles.

Vers la ligne médiane, la méninge adhère à l'os, le sinus reçoit des veines diploétiques. Il existe donc là une zone vasculaire, dont il faut se méfier lorsqu'on trépane l'écaille occipitale. Au dehors, la méninge se décolle sans difficulté de l'os, on aperçoit le sinus par transparence, large de 8 à 10 millimètres parfois.

Parfois, le sinus se trouve haut situé, pouvant même gêner la trépano-ponction ventriculaire par voie postérieure. Un sinus anormalement bas peut gêner l'abord de la fosse cérébelleuse.

c) Premier coude du sinus :

Arrivé à la base de la pyramide pétreuse, le sinus se coude brusquement en bas et en avant. Ce premier coude est tellement superficiel, qu'on peut le repérer par transparence sur le crâne sec.

Le siège de ce coude est variable. Il se projette habituellement sur la suture pariéto-mastoïdienne. Mais il peut être très antérieur, il atteint parfois même la verticale, passant par la pointe de la mastoïde.

d) Segment mastoïdien :

Le sinus creuse une gouttière osseuse profonde. La coque compacte du sinus, visible à la trépanation de la mastoïdite, n'est autre chose que la corticale interne refoulée.

Jusqu'alors prismatique triangulaire à la coupe, le sinus devient tunelliforme, en gueule de four, disposition favorisant l'hémostase par tamponnement.


TRAITEMENT
DES ANÉMIES
ET DES
DÉFICIENCES
NEURO-
ORGANIQUES
SOJAMINOL, complexe d'acides aminés : histidine, tryptophane, extrait du SOJA, riche en vitamines naturelles du groupe B associé aux gluconates de Fer et de Cuivre et à un neurotonique atoxique de synthèse : l'Ambotolyl.
MODE D'EMPLOI :
Adultes : 2 comprimés à chacun des trois repas.
Enfants : 2 comprimés à chacun des deux principaux repas.
SOJAMINOL
COMPRIMÉS
LABORATOIRE
du NEUROTENSYL
72, Bd Davout · PARIS (20e)


TREPHONYL
Extrait de foie fœtal
Extrait embryonnaire total
Sérum Hémopoïétique de cheval
ANÉMIES SYMPTOMATIQUES
Insuffisance
de la sécrétion lactée
1 à 2 ampoules par jour
ROUSSEL
LES LABORATOIRES ROUSSEL
Institut de Sérothérapie Hémopoïétique
97 Rue de Vaugirard . PARIS (6e)
48


INDICATIONS
GLUCALCIUM
GLUCALCIUM

Presque à fleur d'os au premier coude, le sinus arrive à plus de 25 millimètres de profondeur au niveau du second.

Quand le premier coude est très postérieur, la projection du sinus est très oblique en bas et en avant, dégageant bien la région de l'antre. Plus le coude est antérieur, plus la projection du sinus se rapproche de la verticale. La procidence peut être si accentuée que la projection du sinus arrive parfois à se superposer sur celle de la région antrale. L'opérateur ne dispose alors que d'un espace très exigu entre le bord antérieur du sinus et la projection du canal de Fallope, disposition défavorable assez fréquente et qu'on observe surtout dans les mastoïdes éburnées.

Bien que sujets à de grandes variations individuelles, ces rapports obéissent à une loi générale. Il suffit de se souvenir que le sinus est oblique en bas et en avant, qu'il est très superficiel en haut, mais de plus en plus profond à mesure que l'on descend, qu'il est souvent procident dans une apophyse éburnée, mais rarement procident dans une apophyse pneumatique : dans ce dernier cas, on le repère souvent sans le dénuder, grâce à sa coque compacte. En respectant le triangle d'attaque, en maniant la gouge très tangentiellement d'arrière en avant, on a le minimum de chances de le blesser.

La radiographie permet d'ailleurs souvent de prévoir une procidence possible du sinus.

Il existe toujours un système plus ou moins complet de cellules péri-sinusales. Trois traînées de cellules sont particulièrement importantes : une traînée antérieure, verticale, dite intersinuso-faciale, une traînée supérieure, horizontale, dite intersinuso-méningée, une traînée postérieure, enfin, parallèle au bord postérieur du sinus.

Le segment mastoïdien du sinus divise la méninge cérébelleuse en deux secteurs. Dans le secteur pré-sinusien, l'aiguille de ponction s'engage dans la citerne ponto-cérébelleuse, puis seulement alors dans l'hémisphère cérébelleux. Dans le secteur rétro-sinusien, elle pénètre d'emblée dans l'hémisphère cérébelleux.

e) Deuxième coude du sinus :

Contrairement au premier coude, le second coude du sinus se projette d'une manière remarquablement constante, au niveau de l'extrémité postéro-externe de la gouttière digastrique.

f) Segment jugulaire :

Arrivé à la base du crâne, le sinus se redresse et se porte en dedans, il est alors horizontal ou même légèrement ascendant, et creuse une profonde gouttière à la face supérieure, endo-cranienne, de l'apophyse jugulaire. Dans ce trajet, long de 10 à 15 millimètres, il décrit une légère concavité ouverte en avant et en dehors.

Le sinus se coude brusquement sur l'arête vive de l'apophyse jugulaire, pour plonger dans le trou déchiré postérieur.

Cette disposition en crosse ralentit le courant sanguin et favorise la thrombose.

L'abord chirurgical de ce dernier segment, très malaisé, se fait par en dehors, puis par en bas. Le rapport dangereux est le nerf facial. Le sinus rétro-croise le facial de dehors en dedans, il le croise très obliquement.

Par crainte de blesser le facial, crainte fondée du reste, car il n'y a que 5 ou 6 millimètres d'os entre le nerf et la veine, on a toujours tendance à se perdre trop en dedans, vers le condyle occipital. Le repère le meilleur est l'apophyse transverse de l'atlas, parallèle à la face inférieure de l'apophyse jugulaire, et située un centimètre plus bas : il suffit de se rappeler que la direction du sinus est à peu près perpendiculaire à celle de ce repère osseux. On reconnaît que l'on est bien sur l'apophyse jugulaire grâce à sa plus grande épaisseur, et sa structure spongieuse caractéristique : ces cellules occipito-jugulaires peuvent, du reste, provoquer des thromboses basses primitives.

La curette introduite d'arrière en avant dans le segment jugulaire du sinus, suffisamment dégagé, trouve là une voie commode pour aller explorer le golfe de la jugulaire.

g) Trou déchiré postérieur :

Le sinus plonge dans le compartiment postéro-externe, le plus spacieux, du trou déchiré postérieur. Les épines jugulaires, unies par un ligament, le séparent :

Du compartiment moyen, où passent X, XI et un rameau de la pharyngienne ascendante ;

Du compartiment antéro-interne, où passent sinus pétreux inférieur et glosso-pharyngien.

Branches collatérales

a) Le *segment occipital* reçoit par sa face postérieure quelques veinules diploïques, qu'il faut coaguler en rabattant un volet occipital. En avant, le sinus reçoit quatre ou cinq petites veines, venant du lobe occipital du cerveau, ou de la partie avoisinante de l'hémisphère cérébelleux. Ces veines doivent être clipées, que l'on aborde le lobe occipital par sa face inférieure, ou que l'on cherche à passer entre le cervelet et sa tente.

b) Le *premier coude* du sinus reçoit tout un bouquet de branches, à savoir :

1° Le sinus pétreux supérieur, inclus dans l'insertion dédoublée de la tente du cervelet sur le bord supérieur du rocher. L'abouchement du sinus pétreux supérieur se fait au sommet même du coude du sinus latéral ;

2° Le veine de l'aquedue du vestibule, originaire du labyrinthe membraneux ;

3° La veine antro-sigmoïdale d'Ellsworth qui joint, comme l'indique son nom, le réseau muqueux de la caisse et de l'antre au sinus latéral. Grêle, de trajet et de rapports variables, cette veine présente une importance considérable dans la diffusion veineuse des antrites ;

4° Des veinules d'origine pétro-squameuse, en nombre variable ;

5° Une anastomose inconstante avec le sinus longitudinal supérieur, c'est la petite veine anstomotique de Labbé.

c) Le *segment mastoïdien* reçoit quelques veines pétreuses, mais surtout il émet une collatérale importance, la veine émissaire mastoïdienne. Née en général un centimètre au-dessous du premier coude, elle se porte vers la corticalité en suivant un trajet capricieux, dessinant des boucles, des U. Aucune tactique opératoire ne permet donc de l'éviter à coup sûr : son calibre est souvent assez important pour que son hémostase soit assez laborieuse. Son émergence se fait à un niveau variable dans la suture occipito-mastoïdienne, là où le bord postérieur de la mastoïde cesse d'être palpable.

d) Le dernier segment du sinus reçoit la veine condylienne postérieure et le grêle sinus occipital postérieur.

Voies de dérivation

La veine émissaire mastoïdienne, le sinus pétreux supérieur, qui rejoint le système sinusal antérieur, le sinus occipital supérieur qui rejoint les plexus rachidiens, assurent une excellente dérivation, lorsque la circulation devient insuffisante dans le sinus latéral. Les thromboses, même étendues, les tamponnements, même serrés, ne sont presque jamais à l'origine de troubles vraiment sérieux de la circulation de retour.

P.-L. Klotz.

INTERETS PROFESSIONNELS

Conseil Supérieur des Médecins
A propos de l'ordonnance du 24 septembre 1945 sur l'exercice de la médecine

Dans sa réunion du 12 octobre 1945, le Conseil Supérieur des Médecins a émis le vœu suivant :

« Estimant que tous les médecins qui exercent la médecine ou qui font un acte médical quel qu'il soit, fût-ce un acte d'enseignement, d'expertise ou de prévention, doivent être obligatoirement inscrits au tableau de l'Ordre et que seuls doivent être dispensés de cette inscription obligatoire les médecins fonctionnaires d'autorité dont un règlement d'administration publique énumérera les qualités. »

Le Conseil Supérieur demande expressément à M. le Ministre de la Santé que le dernier alinéa de l'article 1er soit ainsi modifié :

« Toutefois, cette troisième condition ne s'appliquera pas aux docteurs en médecine et aux chirurgiens-dentistes appartenant au cadre actif du service de Santé des armées de terre, de mer et de l'air, ni aux médecins et chirurgiens-dentistes fonctionnaires d'autorité représentant directement l'Etat et dont un règlement d'administration publique énumérera les qualités. »

Le Comité de l'Internat et les concours spéciaux

Le Comité de l'Internat, représentant du corps des internes des hôpitaux de Paris, tant au point de vue moral que matériel, accepte le principe d'un concours spécial d'internat donnant des chances plus grandes de nomination qu'aux concours normaux aux candidats ayant subi des préjudices du fait de la guerre.

Insistant sur la nécessité d'une préparation poussée pour réussir normalement à ces concours et pour remplir avec conscience les fonctions hospitalières que les intéressés sont appelés à exercer, le Comité de l'Internat se voit contraint d'élever certaines protestations.

Il proteste contre le principe de plusieurs concours spéciaux, l'un dit « de remplacement », l'autre dit « supplémentaire » et contre le nombre des places ouvertes à ces deux concours, celui-ci s'élevant d'après les approximations de l'Assistance publique basées sur l'article 8 de l'arrêté ministériel du 9 août 1945, à 300, voire 350 places.

Il proteste contre ce nombre exagéré de places pour de multiples raisons. D'une part, c'est multiplier les internes à l'extrême et donc remettre les fonctions d'interne à de nombreux candidats pour le moins mal préparés à les exercer ; d'autre part, c'est bloquer la possibilité de concours normaux pour plusieurs années, c'est-à-dire à interdire l'accès à une fonction apparaissant comme le couronnement des études médicales aux jeunes générations.

Le Comité de l'Internat, toujours par souci de valeur professionnelle, proteste contre la date trop rapprochée des concours spéciaux, ne permettant pas une préparation suffisante à ces épreuves réputées comme ardues entre toutes.

Sans méconnaître les titres militaires ou les titres civiques de nombre des candidats, sans méconnaître les préjudices incontestables subis par certains d'entre eux, le Comité de l'Internat est obligé de signaler que ces titres ne sauraient intégralement remplacer les qualités professionnelles.

Que le ministre de la Santé publique ait eu le juste souci d'accorder des compensations aux préjudices subis par les candidats à ces concours spéciaux, il n'en reste pas moins vrai que ces préjudices furent variables et que la valeur professionnelle, à l'heure actuelle plus encore que par le passé, reste à sauvegarder.

C'est pourquoi le Comité de l'Internat ne saurait accepter dans son ensemble le projet du ministre de la santé publique, pas plus qu'il ne saurait accepter la suppression des concours normaux, suppression à laquelle aboutit implicitement l'arrêté promulgué.

Le corps de l'Internat, par l'entremise de son Comité, est donc amené à présenter des contre-propositions à ce projet, tenant compte et du souci de rétablir par de justes avantages, d'indéniables spoliations, et du souci de sauvegarder la valeur professionnelle de l'Internat et l'avenir des jeunes générations.

Le Comité de l'Internat propose l'organisation d'un concours spécial en 1946, ouvert exclusivement aux candidats n'ayant pu se présenter à l'un des concours de 1941, 1942, 1943 du fait des événements de guerre, ou militaires, ou politiques ou raciaux.

Le Comité propose d'ouvrir ce concours aux candidats ayant subi un préjudice incontestable du fait de ces événements. Il est donc amené à envisager des modifications dans la détermination des catégories de candidats définies par le projet ministériel.

Acceptant sans réserve la candidature :

1° Des déportés ou des internés pour des motifs politiques ou militaires ;

2° Des mobilisés ou engagés dans les formations militaires françaises libres de terre, de mer, de l'air ;

3° Des mobilisés ou engagés dans les forces alliées ayant réintégré les forces françaises avant le 1er décembre 1942 ;

4° Des prisonniers de guerre.

Il est appelé à faire des réserves sur les titres des autres candidats. Ainsi :

1° Sur les titres des étudiants qui se sont soustraits aux recherches ou aux réquisitions des autorités ennemies, ou du pseudo-gouvernement de Vichy, la spoliation de ces candidats ne pouvant être considérée comme incontestable, que s'ils n'ont pas pu se présenter aux concours précédents et que s'ils n'ont pas pu subir leurs examens universitaires devant les Facultés françaises des zones d'occupation dites nord ou sud ;

2° Sur les titres des combattants des forces françaises de l'intérieur ou assimilés, leur candidature ne pouvant être valable que s'ils n'ont pas pu se présenter aux concours antérieurs et que s'ils ont exercé une activité incontestable et homologuée par les autorités compétentes ;

3° Sur les titres des engagés volontaires de la campagne de France de 1944-1945) ;

4° Sur les titres des candidats qui ont dû travailler sous la contrainte de l'ennemi ;

5° Sur les titres des victimes civiles de la guerre.

En un mot, le Comité de l'Internat ne voudrait accepter que la candidature des sujets présentant des titres civiques ou militaires incontestables, ou la candidature des sujets incontestablement lésés.

Il est donc amené à proposer, avec la limitation du nombre des places ouvertes au concours, la définition rigoureuse des titres possibles de candidature. Il suggère donc la formation d'un comité mixte comprenant des représentants :

1° Du ministère de la Santé publique ;

2° De l'administration de l'Assistance publique ;

3° Des syndicats des médecins et des chirurgiens des hôpitaux de Paris ;

4° Du Comité de l'Internat,

pour fixer les modalités d'organisation de ce concours spécial, le nombre des représentants de chacun de ces organismes étant égal.

Il propose déjà le report du concours spécial à une date ultérieure, cependant rapprochée, fin mars 1946, laissant aux candidats le temps de se préparer sérieusement.

Il propose encore l'organisation d'un concours ouvert à tous les candidats en fin juin 1946 ; les candidats lésés du fait de la guerre et non reçus au concours spécial pouvant se présenter à ce concours de juin avec des avantages de points restant à déterminer, le nombre des places mises au concours restant bien entendu à définir.

Il propose enfin la reprise du concours normal à la date normale d'octobre 1946. Le Comité de l'Internat attire l'attention des pouvoirs publics sur son absolu désintéressement en la matière ; sur son scrupuleux souci de maintenir la valeur professionnelle du corps de l'Internat des hôpitaux de Paris ; et avertit les organismes intéressés qu'il mettra en œuvre tous les moyens compatibles avec la dignité médicale pour soutenir ses vues.

La misère de l'Internat

Le médiocre traitement mensuel des internes des hôpitaux de Paris a été porté de 2.500 fr. à 5.000 fr. à compter du 1er octobre 1945 (impôt cédulaire à déduire). C'est un premier pas pour sortir d'une situation indigne de la Ville de Paris. Mais si l'Administration veut obtenir que les internes puissent se consacrer uniquement à leur service d'hôpital, c'est un pas insuffisant.

Beaucoup d'internes sont mariés, beaucoup sont pères de famille, ce sont de lourdes charges par le temps actuel.

L'internat de Paris a été pendant longtemps un des plus puissants moyens de propagande française à l'étranger. Pour qu'il puisse garder sa place, il faut lui donner les moyens de travailler, tout en vivant décemment. L.

Quelques ordonnances récentes

Ordonnance du 4 octobre 1945, relative à l'**organisation de la sécurité sociale.** Cette organisation garantit les travailleurs et leur famille contre tous les risques. Une caisse unique regroupera dans chaque circonscription l'ensemble des services appliquant les législations des assurances sociales et des accidents du travail.

Ordonnance du 19 octobre relative aux **accidents du travail.** L'assurance devient obligatoire pour l'employeur. La victime garde le libre choix du médecin.

Ordonnance du 19 octobre 1945, relative au nouveau régime des **assurances sociales** applicable aux professions non agricoles. Tous les salariés et assimilés seront soumis obligatoirement aux assurances sociales quel que soit le montant de la rémunération. Pour les rémunérations annuelles excédant 120.000 francs, les cotisations ne seront calculées que sur ce chiffre. L'ordonnance prévoit une assurance **longue maladie** et des examens de santé périodiques.

Ordonnance du 2 novembre 1945, relative **à la nomination des professeurs des universités.** Dans les universités, les professeurs sont nommés sur présentation successive : 1° des commissions compétentes dont la composition sera réglée par décret ; 2° du conseil de la Faculté intéressée. Les demandes de **mutation**, de **transfert**, de création, transformation ou suppression de chaire sont soumises d'abord aux conseils des Facultés, ensuite aux commissions compétentes.

Une ordonnance du 2 novembre 1945 réorganise le centre national de la **recherche scientifique.**

Une ordonnance du 2 novembre fixe certaines dispositions transitoires et modalités d'application de l'ordonnance du 4 octobre 1945 portant organisation de la **sécurité sociale.** Il s'agit notamment de la liquidation des sociétés d'assurances accidents du travail dépossédées par la nouvelle réglementation.

Une ordonnance du 2 novembre 1945 remplace le **service sanitaire maritime** dans les **attributions du ministère de la Santé publique.**

Une ordonnance du 2 novembre 1945 est relative à l'organisation de l'**administration générale de l'Assistance publique** à Paris.

Ordonnance du 2 novembre 1945 relative à l'admission, avec leur grade, dans le cadre actif des **officiers du corps de santé** de tous grades, servant en **situation d'activité.**

Ordonnance du 2 novembre sur la **protection maternelle et infantile.**

Ordonnance du 2 novembre modifiant l'article 17 de l'ordonnance du 15 décembre 1914, relative au rétablissement des **syndicats de médecins**, de praticiens de l'art dentaire, de pharmaciens et de sages-femmes. (Un décret en date du 2 novembre complète cette ordonnance.)

INFORMATIONS

(Suite de la page 366)

Pour le corps expéditionnaire d'Extrême-Orient. — Un appel est adressé aux médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes de réserve, et aux étudiants en médecine, leur demandant de s'engager dans le corps expéditionnaire d'Extrême-Orient, où, leur seront réservés des avantages particuliers et importants au point de vue de la solde et de la continuation des études à la Faculté de médecine de Hanoï. Les engagements pour une durée limitée seront clos le 15 décembre.

Renseignements : Corps expéditionnaire d'Extrême-Orient, 127, avenue des Champs-Elysées.

Naissance

Le Dr Maurice Le Sourd et Madame, née Labourel, font part de la naissance de leur troisième fils, Pierre. Paris, 7 novembre 1945.

Mariage

Nous apprenons le mariage de M. Robert Aurousseau, interne des hôpitaux de Paris, fils du chirurgien des hôpitaux, avec Mlle Denise Chauchat. Paris, 18 octobre 1945.

Nécrologie

On annonce la mort subite du Dr J.-B. Buvat, ancien interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine, médecin directeur des maisons de santé « Villa Montsouris » et « L'Abbaye ». Il était le père du Dr J.-F. Buvat et de Mme le Dr Buvat-Cottin.

— Du Dr Henri Collin, décédé à Paris, le 4 novembre 1945, à l'âge de 80 ans. Il était le chef de la célèbre maison d'instruments de chirurgie fondée jadis par Charrière, continuée par Collin père et par lui-même et actuellement par son gendre et son fils à qui nous adressons l'expression de notre bien vive sympathie.

— Du Dr André Devillard, à Brantôme (Dordogne).

— Du Dr Langlois, au Cellier (Loire-Inf.)

— Du Dr Georges Fabre, ancien interne des hôpitaux de Paris (1909), clinique de l'hôpital de Verneuil-sur-Avre (Eure).

— Du Dr Pierre Reyt, ancien interne des hôpitaux de Paris (1929), professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Nantes, médecin suppléant des hôpitaux.

— Du Dr Sauvain, décédé à Paris, 129, boulevard Raspail.

— Le 31 octobre 1945, M. le Professeur Jean Troisier, qui était venu la veille à l'Académie en bonne santé, s'est éteint en quelques minutes. Il avait 64 ans. C'était un maître de haute valeur et un charmant confrère. Il ne comptait que des amis.

Fils du regretté Charles-Emile Troisier, qui fut professeur agrégé, médecin de l'hôpital Beaujon et membre de l'Académie de médecine, Jean Troisier, suivant les traces de son père, était arrivé jeune médecin des hôpitaux et agrégé. En 1929, il avait succédé à Léon Bernard dans la chaire de clinique de la tuberculose. En 1943, il avait été élu membre de l'Académie de médecine. Nous prions Mme Troisier et ses enfants, dont deux sont nos confrères, de trouver ici l'expression de notre sympathie émue.

— A. Karnowsky, étudiant en médecine de Marseille. Résistant dès 1941, traqué par la police, quitta la France pour rejoindre les forces françaises libres. Sous-lieutenant dans la division Leclerc, est tombé glorieusement à Paris le 25 août 1944. Titulaire de la croix de guerre avec palme.

— Mme le Docteur Donzeau, à Paris ; elle était la mère de Mlle le Docteur B. Donzeau.

— Le Dr Oscar Amoedo, décédé à Toulouse.

— Le Dr Jules Sottas, ancien interne des hôpitaux de Paris (1890), officier de la Légion d'honneur, décédé à Paris, à l'âge de 80 ans.

— Le Dr Hugh Young, l'éminent urologiste américain, professeur à l'Université Hopkins, à Baltimore.

Avis de messe

Le Dr F. Jayle est décédé le 19 octobre, à Evaux-les-Bains (Creuse), où il s'était retiré.

La Société française de Gynécologie, dont il était le président fondateur, fera dire une messe anniversaire le lundi 19 novembre, à 11 h. 30, en l'église de la Sainte-Trinité.

L'office sera célébré par le chanoine Lancrenon, curé de la Sainte-Trinité, docteur en médecine.

Tous les amis du docteur F. Jayle sont priés d'y assister.

Cours

Clinique médicale des enfants, 149, rue de Sèvres, Paris (15e). — 16 novembre, 10 heures 30 : Les polycories, par M. le Professeur Robert Debré. — 17 novembre, 9 h. : Allaitement maternel et allaitement mixte, par M. Mozziconacci. — 19 novembre, 9 h. : Péritonite tuberculeuse, par M. Wolfromm. — 20 novembre, 9 h. : Pharyngite, adénoïdite, otite, stomatite, adénite cervicale, par M. Royer. — 21 novembre, 9 h. : Affections laryngées, par Mlle Grumbach. — 22 novembre, 9 h. : Broncho-pneumonie, par M. Michel Lévy. — 23 novembre, 10 h. 30 : La leucose, par M. le Professeur Robert Debré. — 24 novembre, 9 h. : Allaitement au lait de vache, par M. Mozziconacci. — 26 novembre, 9 h. 30 : Journée pédiatrique. — 27 novembre, 9 h. : Pneumonie, par M. Brissaud. — 28 novembre, 9 h. : Abcès du poumon, par M. Grumbach. — 29 novembre, 9 h. : Pleurésie purulente, par M. Nouaille. — 30 novembre, 10 h. 30 : La cystinose, par M. le Professeur Robert Debré.

Centre interprofessionnel d'études rurales

Un Centre interprofessionnel d'études rurales a été fondé il y a quelques mois, à Paris, et a pour siège provisoire l'Institut

d'hygiène de la Faculté de médecine. Ouvert aux étudiants des différentes facultés ou écoles, il a pour but d'accroître la valeur des jeunes qui, étant donné le métier qu'ils ont choisi, se proposent de vivre et de travailler à la campagne. Les moyens employés sont des recherches et échanges de vues susceptibles de leur mieux faire comprendre et leurs obligations professionnelles et l'ensemble de leurs devoirs sociaux.

Deux réunions plénières ont déjà eu lieu, en mai et juillet, consacrées, la première au travail de la peysanne (surtout en Normandie), la seconde à la coopération agricole. La prochaine réunion se tiendra le jeudi 29 novembre à 14 heures (21, rue de l'Ecole-de-Médecine, escalier D, 2e étage) et aura pour sujet le foyer culturel rural.

Pour tous renseignements, s'adresser à l'Institut d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e). (Tél. Danton 55-36.)

Centre de perfectionnement technique, 28, rue Saint-Dominique, Paris (7e). — M. Daval fera le 22 novembre, à 18 heures, une conférence sur l'Industrie frigorifique dans la thérapeutique moderne. (Préparation industrielle de la pénicilline aux Etats-Unis.)

Cours techniques de documentation

Les cours recommenceront le 5 novembre 1945. Tous renseignements sur le programme et les conditions d'inscription seront donnés, sans frais et sans engagement, au Secrétariat de l'Union française des organismes de documentation, 28, rue Saint-Dominique, Paris (7e) (Tél. Inv. 10-73).

LIVRES NOUVEAUX

Renaissance de l'architecture médicale, par Jean Walter, architecte des Facultés de médecine de Paris, d'Ankara et de Lille. Un volume in-quarto raisin broché de 207 pages avec 134 illustrations. Prix 600 fr. Imprimé par E. Desfossés, édité chez Ch. Massin et Cie, 2, rue de l'Echelle, et Masson et Cie, 120 boulevard Saint-Germain.

Le remarquable ouvrage de M. Walter rassemble sous une forme luxueuse, un nombre exceptionnel de documents qui viennent à l'appui de ses conceptions d'une meilleure organisation hospitalière.

On sait que M. Walter est l'apôtre du **bloc**, soit en architecture urbaine (tous les Parisiens connaissent les belles maisons du boulevard Suchet), soit en architecture médicale. La nouvelle Faculté de médecine de Paris, dont les travaux ont été interrompus par la guerre, la Faculté d'Ankara, celle de Lille, sont des modèles de ce genre. Plusieurs des hôpitaux dus à M. Walter sont déjà célèbres : le nouvel hôpital Beaujon à Paris, l'hôpital d'Istambul, la cité médicale de Lille, celle d'Ankara...

Il y a quelques années, alors que la mode était aux hôpitaux à pavillons disséminés, mon ami Leriche, après un long séjour en Amérique, me disait : « Il n'y a pas de doute, l'avenir est à l'hôpital-bloc. Le service de chirurgie **en hauteur**, avec des ascenseurs, permet seul au chirurgien de voir tous ses malades sans fatigue et de gagner du temps. Il facilite le service et diminue les frais d'exploitation. »

Ce principe du bloc et du bloc réduit à des proportions raisonnables, fait partie de l'organisation médicale conçue par M. Walter. Cette organisation tient compte du prix de revient, de la facilité d'exploitation, de l'adaptation à un nombre variable de malades, enfin elle évite l'encombrement, grâce à des circuits indépendants.

Au cours de nombreux voyages, M. Walter a recueilli des exemples qui prouvent que des hôpitaux trop grands ne peuvent avoir qu'une exploitation déficitaire.

En Amérique, pendant la période de dépression financière en 1930, près de 500 établissements durent être fermés. En revanche, des hôpitaux non hypertrophiés et bien organisés rendent d'énormes services. Citons deux exemples, ils sont de poids : la clinique Mayo à Rochester, l'hôpital Ford à Détroit, sont d'admirables types de belle organisation et d'exploitation rationnelle.

On ne peut, en quelques lignes, donner un aperçu exact du magnifique ouvrage de M. Walter. Contentons-nous de citer quelques chiffres qui font éclater les avantages des conceptions de l'auteur. Ils nous sont fournis par deux hôpitaux français : un hôpital à pavillons disséminés, Grange-Blanche, à Lyon, et un hôpital-bloc, le nouvel hôpital Beaujon, à Paris.

Le transport des décédés des salles au dépôt mortuaire à l'hôpital de Grange-Blanche, comporte un trajet moyen de 520 mètres.

A Beaujon : trajet moyen, 90 mètres.

Les galeries pour canalisations, à Grange-Blanche, sont d'une longueur de 2.600 mètres.

A Beaujon : 270 mètres.

Comparons maintenant les temps de parcours.

Accès du personnel et des visiteurs à Grange-Blanche : 410 mètres.

A Beaujon : 60 mètres.

Distribution des aliments à Grange-Blanche : trajet 350 mètres.

Temps moyen : 17 minutes.

Perte en degrés : 20 degrés.

A Beaujon, trajet moyen : 25 mètres.

Temps moyen : 6 minutes.

Perte en degrés : 2 degrés.

Il n'y a vraiment qu'à s'incliner.

F. L. S.

Traitement orthopédique de la paralysie infantile. M. Boppe. Un vol. in-8, 222 pages, 117 fig. Masson et Cie, éditeurs, 1944.

Cet important travail constitue une mise au point de l'état actuel de la question. L'auteur y passe successivement en revue : L'examen du poliomyélitique, le traitement orthopédique de la maladie à toutes ses périodes, le traitement chirurgical, selon les stades de l'affection et l'âge du malade (opérations d'attente, opérations définitives).

Ces généralités sont suivies des chapitres traitant de l'application des méthodes orthopédiques aux diverses localisations de la paralysie (pied, genou, hanche paralytiques ; muscles du tronc ; bassins obliques et scolioses paralytiques, paralysies du membre supérieur, paralysies étendues du membre inférieur : monoplégies et paraplégies).

Bien que le praticien puisse y trouver des conseils fort utiles, ce livre est écrit surtout pour le spécialiste. L'auteur laisse de côté la description de ce qui est classique et bien connu, décrivant surtout les méthodes les plus récentes ou celles que sa pratique personnelle, longue et étendue, lui a montré être les plus dignes d'être appliquées à ces paralysies.

M. L.

Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe). Dépôt légal. — 1945. — 4e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd.

N° 23. — 1er DECEMBRE 1945 118e ANNEE Ce numéro : 7 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 150 fr. Etudiants, 75 fr. ; Etranger, 225 et 270 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Concours de l'Internat. — 1° Concours de remplacement. — Le concours aura lieu à la Faculté de médecine, 12, rue de l'Ecole-de-Médecine (Grande Bibliothèque), les mardi 15 janvier, mercredi 16 et jeudi 17, à 9 h. 30.

2° Concours de liquidation. — Le concours aura lieu Salle Wagram, 39, avenue Wagram, les mercredi 13, jeudi 14 et vendredi 15 mars, à 9 h. 30.

3° Concours normal de 1945. — Le concours aura lieu Salle Wagram, 39, ave-Wagram, les mercredi 13, jeudi 14 et vendredi 15 mars, à 15 heures.

Concours de l'Externat. — 1° Concours de remplacement. — Le concours aura lieu Salle Wagram, 39, avenue Wagram, le jeudi 31 janvier, à 9 h. 30.

2° Concours de liquidation. — Le concours aura lieu Salle Wagram, 39, avenue Wagram, le mercredi 20 mars, à 9 h. 30.

3° Concours normal de 1945. — Le concours aura lieu Salle Wagram, 39, avenue Wagram, le mercredi 20 mars, à 3 heures.

Faculté de médecine de Paris

Sont déclarées vacantes : 1° la chaire d'histoire de la médecine (dernier titulaire, M. Lian, transféré ; 2° la chaire de thérapeutique (dernier titulaire, M. Aubertin, retraité).

Facultés de province

Aix-Marseille. — M. Poursines, professeur sans chaire, est nommé à titre provisoire, à compter du 1er octobre 1945, professeur titulaire de la chaire de bactériologie (dernier titulaire : M. Rouslacroix, décédé).

Conseil de l'ordre national de la Légion d'honneur

Par décret en date du 5 novembre 1945, M. le Professeur Roussy, recteur de l'Académie de Paris, a été nommé membre du Conseil de l'ordre national de la Légion d'honneur.

Médaille d'honneur des épidémies

MÉDAILLE D'OR A TITRE POSTHUME. — Méd. capitaine d'active Gauthier (Henri-Raymond), de l'H. C. 425.

MÉDAILLE DE BRONZE. — Méd. cap. de réserve Corazzini ; méd. lieut. Gelin ; médecins polonais, Bodkier et Alt.

Santé publique

Médecins inspecteurs de la Santé. — Le « J. O. » du 11 novembre 1945 publie, p. 7.494, un arrêté du 9 novembre portant application du décret du 24 octobre 1945 autorisant, à titre exceptionnel, le RECRUTEMENT SUR TITRES des médecins inspecteurs et médecins inspecteurs adjoints de la Santé. Dans la mesure des vacances existantes ou qui viendraient à se produire, 19 places de médecins inspecteurs, et 33 de médecins inspecteurs adjoints seront attribuées sur titres. Le quart de ces vacances sera réservé à des prisonniers de guerre, déportés ou militaires sous les drapeaux.

Dans un délai d'un mois (à dater du 11 novembre 1945), les postulants devront adresser leur demande sur papier timbré à la Santé publique, direction du personnel, 2e bureau, 7, rue de Tilsitt Paris (17e), accompagnée des pièces suivantes : Curriculum vitæ très détaillé et exposé de titres, acte de naissance sur papier timbré, extrait du casier judiciaire (bulletin n° 3), remontant à moins de trois mois, une pièce établissant la situation militaire, certificat de santé délivré par un médecin assermenté, une copie certifiée de leurs diplômes.

Médecins adjoints des sanatoriums publics. — Le même numéro du « J. O. » publie l'arrêté relatif au décret du 24 octobre autorisant, à titre exceptionnel, le recrutement sur titres des médecins adjoints des sanatoriums publics (9 places, dont le quart réservé pour les prisonniers ou déportés ou militaires sous les drapeaux).

Mêmes pièces à fournir que pour l'inspection de la Santé (voir plus haut), plus une copie certifiée du diplôme de docteur et un engagement d'exercer leur emploi pendant deux ans au moins en cas de nomination.

Centres du cancer

Un arrêté en date du 20 octobre 1945, publié dans le « J. O. » du 11 novembre, fixe les départements rattachés aux centres régionaux de lutte contre le cancer :

RÉGION PARISIENNE. — Seine, Seine-et-Oise, Seine-et-Marne, Oise, Seine-Inférieure, Eure-et-Loir, Loir-et-Cher, Indre, Cher, Nièvre, Loiret, Yonne, Aube.

LILLE. — Nord, Pas-de-Calais, Somme.

CAEN. — Calvados, Orne, Eure, Manche.

RENNES. — Mayenne, Ille-et-Vilaine, Côtes-du-Nord, Morbihan, Finistère.

ANGERS. — Maine-et-Loire, Sarthe, Indre-et-Loire.

NANTES. — Loire-Inférieure, Deux-Sèvres, Vendée.

BORDEAUX. — Gironde, Charente-Maritime, Charente, Haute-Vienne, Vienne, Dordogne, Lot-et-Garonne, Landes, Basses-Pyrénées.

TOULOUSE. — Gers, Haute-Garonne, Hautes-Pyrénées, Ariège, Tarn, Tarn-et-Garonne, Lot, Corrèze, Cantal, Creuse.

MONTPELLIER. — Hérault, Aude, Pyrénées-Orientales, Gard, Lozère, Aveyron.

MARSEILLE. — Vaucluse, Bouches-du-Rhône, Var, Alpes-Maritimes, Basses-Alpes, Hautes-Alpes, Corse.

LYON. — Rhône, Loire, Haute-Loire, Ardèche, Puy-de-Dôme, Allier, Saône-et-Loire, Jura, Côte-d'Or, Doubs, Ain, Haute-Savoie, Isère, Drôme.

NANCY. — Meurthe-et-Moselle, Meuse, Vosges, Haute-Saône, Haute-Marne.

REIMS. — Marne, Ardennes, Aisne.

STRASBOURG. — Moselle, Haut-Rhin, Bas-Rhin, territoire de Belfort.

Les bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite seront admis à l'Institut du Cancer de Villejuif et à la fondation Curie, quel que soit leur département d'origine.

Centre régional d'éducation sanitaire à Strasbourg

M. le Dr Robert Tulasne, professeur agrégé d'hygiène à la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé directeur de ce centre.

Inspection de la santé. — M. le Dr Jaujou, médecin inspecteur adjoint de la santé en Corse, est promu médecin inspecteur de la santé à compter du 1er janvier 1944 et affecté dans ce même département.

M. le Dr Gévaudan est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de Vaucluse.

M. le Dr Brunel (Henri), est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé dans le département du Rhône.

Mme le Dr Vergoz, médecin inspecteur

adjoint intérimaire de la Santé de la Haute-Vienne, est affectée, en la même qualité, dans le département d'Ille-et-Vilaine.

Mlle le Dr Breton est nommée médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de la Vendée.

M. le Dr Tourteau, médecin inspecteur adjoint de la Santé de 1re classe, est affecté dans le département de la Charente.

M. le Dr Milhaud est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé d'Eure-et-Loir.

M. le Dr Dounet est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de la Seine.

Mlle le Dr Jeanne Reybaud est nommée médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé des Alpes-Maritimes.

M. le Dr Maumy est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé du Cher.

M. le Dr Richard est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé des Ardennes.

M. le Dr Petit est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé du Morbihan.

M. le Dr Lemarchand, médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé des Côtes-du-Nord, est muté dans le département du Var.

Mme le Dr Godet (Stella) est nommée médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de la Vienne.

M. le Dr Hyronimus, médecin inspecteur de la santé de Meurthe-et-Moselle est mis à la disposition du ministre du Travail pour exercer les fonctions de médecin contrôleur stagiaire des assurances sociales.

Sont nommés médecins inspecteurs adjoints intérimaires :

M. le Dr Tholose (Vienne) ;
M. le Dr Amourdedieu (Ardèche) ;
Mme le Dr Guiton (Seine) ;
M. le Dr Amiel (Aude) ;
M. le Dr Schahl (Bas-Rhin) ;
M. le Dr Pondaven (Côtes-du-Nord).

Education nationale

Association sportive. — Un arrêté du 5 novembre 1945 concerne la création d'une Association sportive dans les facultés et les écoles primaires élémentaires.

Inspection générale de l'Hygiène scolaire et universitaire

Sont nommés inspecteurs généraux : MM. les Drs Féret, Robert Lévy et Favreau.

Médecins inspecteurs régionaux

Sont nommés médecins inspecteurs régionaux de l'Hygiène scolaire et universitaire : MM. les Drs Daron (Bordeaux), Malbos (Montpellier), Sappey (Grenoble).

Sont délégués dans ces fonctions : MM. les Drs Champeix (Clermont), Debrasch (Aix-Marseille), Gautier (Poitiers), Marcel Grenet (Rennes), Marchand (Lille), Pelletier (Lyon), Pierrot (Dijon), Schmutz (Strasbourg), Martellière (Caen), Fimbel (Toulouse), Pierre Guillain (Paris), Dubas (Nancy), Ouillon (Besançon).

Recrutement d'un médecin inspecteur régional de l'Hygiène scolaire et universitaire pour l'académie d'Alger. — En attendant la publication d'un statut spécial, ce recrutement a lieu à titre provisoire. Les candidats ont un délai d'un mois à compter du 1er décembre 1945 pour produire leur demande et faire valoir leurs titres.

Pour tous renseignements, écrire à M. le Ministre de l'Education nationale, direction de l'Hygiène scolaire et universitaire (3e bureau), Paris (7e).

Un sanatorium universitaire français en Forêt Noire

Le ministère de l'Education nationale (direction de l'Hygiène scolaire et universitaire) et la fondation « Sanatorium des étudiants de France », en liaison avec le ministère de la Santé publique et la direction générale de la Croix-Rouge française, prévoient l'ouverture prochaine, au sein du groupe des sanatoriums qui fonctionneront en Allemagne occupée par les soins des autorités sanitaires françaises, d'un sanatorium réservé à la population universitaire.

L'établissement envisagé est un sanatorium de 150 lits (tuberculose pulmonaire seulement), situé dans la Forêt Noire ; y seraient accueillis les professeurs, instituteurs, étudiants grands scolaires, avec une priorité pour les victimes de la guerre et de l'occupation. Il serait géré par la Croix-Rouge française sous le contrôle des autorités de la Santé publique et du service de Santé militaire. Des médecins ont été désignés, par la Croix-Rouge française, en accord avec la fondation « Sanatorium des étudiants ».

Il se peut que les premières admissions se fassent assez prochainement ; les malades intéressés peuvent donc s'inscrire au Service universitaire et scolaire des envois en cure, 69, rue de Bellechasse, Paris (7e) (Tél. Inv. 56-57) où de plus amples renseignements leur seront fournis.

Nouvelles diverses

Nouveau don de l'armée américaine

Le 15 novembre dernier, les autorités militaires américaines, dans une réunion qui s'est tenue à l'hôpital Beaujon, ont fait remise à la Ville de Paris de tout le matériel chirurgical installé à l'hôpital Beaujon par le service de Santé américain dès la libération de Paris.

(Suite des informations, p. 401.)

Erratum. — Une erreur d'impression, dont nous nous excusons, a déformé le nom d'un des auteurs du travail sur la maladie de Chauffard-Still paru dans le numéro 21 du 1er novembre 1945. Ce travail est de MM. F. Françon et P. Rochu.

Renseignements

Achèt. cliniq. accouch., petite chirurgie ou louerais locaux utilisables comme clinique. Ecrire : G. A., aux bureaux du Journal.

La Caisse départementale des assurances sociales de l'Aube a besoin d'un médecin contrôleur chargé également du service de radiologie de son contrôle médical. S'adresser à la Caisse, 56, boulevard du 14-Juillet, à Troyes.



"ANA"

SYNERGIE CALCO-MAGNÉSIENNE ACTIVÉE
ÉQUILIBRANT MINÉRAL, PLASMATIQUE ET NERVIN

TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE ET DIATHÉSIQUE
DU TERRAIN SPASMOGÈNE

★

Spasmes des Voies Digestives
Respiratoires, Urinaires
Crises Anaphylactiques
Syndrômes Neuro-Psychiatriques
Crises Glaucomateuses

DÉMINÉRALISATION CALCIQUE
ALCALOSE – VAGOTONIE

INTRAMUSCULAIRES
INTRAVEINEUSES

ANA LABORATOIRES "ANA" – Dr VENDEL & Cie
PARIS, 16, 18, Avenue Doumesnil. 18, Rue Lafon, MARSEILLE



★ Pour conduire les petits enfants de France

sur le chemin de la santé

la Blédine a fait l'impossible.
Elle continue à ravitailler de son mieux les mamans.

Blédine
La seconde maman

R.-L. Dupuy





VIOLET DE GENTIANE

Laboratoires A. MARIANI 10, rue de Chartres . NEUILLY - PARIS

REVUE GÉNÉRALE

LE GLOMUS NEURO-VASCULAIRE ET SES TUMEURS (1)

Par L. Fabre (Montpellier)

L'observation clinique qui suit sert de point de départ à ce travail.

La rareté de pareils cas nous a incité à envisager dans son ensemble l'état actuel de la question du glomus neuro-vasculaire et ses tumeurs.

Observation

E... Joachim, 49 ans, est un robuste ouvrier agricole, indemne de tout antécédent.

Depuis cinq ans, il souffre de névralgies intermittentes à type de piqûre, prenant naissance dans les plans superficiels de l'épiphyse cubitale inférieure gauche. Voilà deux ans, il a découvert en ce point une « tumeur » grosse comme un grain de plomb, enchâssée dans la peau ; progressivement croissante, cette tumeur est actuellement du volume d'un pois. Les douleurs sont toujours intermittentes et d'une intensité accrue ; elles existent constamment au réveil, mais s'atténuent lors des mouvements. Au moindre contact, les algies sont intolérables.

A l'examen, on découvre une tumeur dure, du volume d'un pois, mobile sur les plans profonds, mais adhérente à la peau. Son caractère le plus saillant est qu'un contact, si léger soit-il, déclenche des phénomènes douloureux d'une intensité telle que cet homme, pourtant rude, ne peut les supporter. La crise est provoquée par le plus léger attouchement, un souffle d'air. Le malade, au moment des crises, serre son bras avec sa main droite, repose son avant-bras sur la cuisse, sa figure se crispe et il frappe du pied le sol.

L'idée première, en raison de la disproportion des crises douloureuses très intenses et de cette petite tumeur sous-cutanée, s'orientait vers l'exagération d'un ouvrier simulateur qui cherchait du repos, et cependant la suite de l'histoire devait nous donner un démenti. Sous anesthésie locale, on procède à l'ablation de la tumeur cutanée (Professeur Terracol). Macroscopiquement la tumeur a l'aspect d'un kyste sébacé, mais sa consistance plus dure fait plutôt penser à un fibrome.

L'examen histologique du nodule pratiqué par le docteur H.-L. Guibert montre que l'on a affaire à une modalité structurale *d'un glomus neuro-myo-artériel.* La structure myxomateuse et épithélioïde domine. Cet homme, régulièrement suivi depuis, ne présente plus aucun trouble.

Le glomus neuro-vasculaire normal

Le glomus neuro-vasculaire, ou plus exactement, les anastomoses artério-veineuses constantes, ont été signalées pour la première fois par Berres (1837) et Muller (1844). En 1862, Sucquet découvre dans le lit de l'ongle, la pulpe digitale et la peau des éminences thénar et hypothénar des éléments analogues qu'il désigne sous le nom de « canaux dérivatifs ». Cette étude est reprise et complétée par Hoyer (1872 à 1877) qui décrit des formations identiques dans les divers segments du corps de certains animaux.

Grosser, en 1901 et 1902, est le premier à découvrir la division en deux segments et précise l'histologie fine du segment artériel contractile. Ces recherches sont confirmées en 1902 par Vastarini-Crespi, qui dresse la carte de répartition des glomus chez l'homme et chez certains animaux.

Ruffini, puis Dogiel et Crevaton, décrivent ultérieurement des éléments histologiques identiques, mais moins volumineux. S. von Schumacher, en 1907, montre leur analogie avec les *goméruli caudales* d'Arnold et les glomus de la glande coccygienne de Luschka chez l'homme. Keiffer, en 1919 et 1932, étudie les formations glomiques de la paroi utérine.

Ce sont les publications de P. Masson, en 1924 et en 1926, qui constituent le travail fondamental sur le *glomus neuro-myo-artériel et ses tumeurs.*

R. T. Grant et E. F. Bland en 1930, E. R. Clark et E. L. Clark en 1934, observent *in vivo* les anastomoses artério-veineuses et étudient expérimentalement leur comportement.

Spanner en 1931 et 1938, Hovlicek en 1934, décrivent le glomus neuro-vasculaire dans la plupart des organes et tissus ; ils considèrent le glomus comme un élément disséminé partout et dont les fonctions physiologiques sont indispensables à la régulation locale des échanges et de la mécanique circulatoire.

En 1937, M. Masson écrit une monographie sur les glomus neuro-vasculaires ; nous faisons de larges emprunts à ce travail où l'anatomie et la physiologie normales des glomus sont particulièrement bien étudiées.

En 1939, Curtillet étudie l'action pharmacodynamique de certaines substances sur le glomus et contribue à mettre au point la physiologie normale et pathologique.

Etude anatomo-histologique

Nous ne retiendrons que les faits observés chez l'homme.

Généralités.

Schématiquement un glomus comprend :

Une anastomose artério-veineuse directe à structure particulière et à morphologie variable.

Un appareil neuro-conjonctif qui englobe le vaisseau précédent.

Cet ensemble neuro-vasculaire constitue une unité histologique, c'est un véritable « organite ».

Topographie.

Ces dispositifs très nombreux dans le lit sous-unguéal sont fréquents dans le derme de la face palmaire et plantaire des doigts et des orteils. Leur nombre décroît de la région pulpaire sous-jacente au rebord unguéal (manteau unguéal de Renaut) jusqu'à la base de la phalangette et à la racine du doigt. Ils existent dans tout le revêtement cutané, mais ils sont très clairsemés et de volume moindre. En profondeur, ils sont inclus dans le derme, au voisinage du pannicule adipeux, entre les glomérules sudoripares ; d'autres sont plus superficiels, au-dessous du derme papillaire et à son contact. En profondeur, ils sont plus nombreux dans les régions moyennes et superficielles du derme fibreux.

Relations vasculaires.

Elles sont surtout nettes dans le lit sous-unguéal. Celui-ci est vascularisé par 2 à 3 arcs artériels profonds juxta-périostés. De ces arcs partent des rameaux qui se dirigent vers la surface. Leurs ramifications se terminent par une bifurcation dont une branche se résoud en capillaires, l'autre branche débouche directement, après un trajet tortueux, dans une veine, c'est une *anastomose artério-veineuse glomique.* Ce peloton vasculaire anastomotique est entouré par une masse conjonctive lamellaire à la périphérie.

« L'ensemble formé par le vaisseau anastomotique et le bloc tissulaire qui l'entoure est un glomus. »

Dans la pulpe des doigts et des orteils, certaines artérioles terminales du réseau planiforme superficiel s'abouchent directement dans une veine après s'être entourés d'une masse pseudo-conjonctive, l'ensemble constituant le glomus.

Structure.

A un faible grossissement, chaque glomus forme une masse arrondie constituée par un enchevêtrement de tubes sinueux, enroulés sur eux-mêmes, et incorporés dans un tissu fibreux en continuité avec celui du derme. Ces tubes ont une paroi formée par plusieurs couches de cellules à cytoplasme clair faiblement acidophile et à noyaux rapprochés.

Chacun de ces glomus est abordé par une artériole cutanée très musculeuse qui se perd en lui. De cette artériole s'échappent de 2 à 6 capillaires qui se raccordent aux capillaires veineux du voisinage ou à une veine dermique. L'artériole qui pénètre dans le glomus s'y divise et s'y épanouit en vaisseaux très étroits et tortueux qui forment la plus grande partie du corpuscule. Dans la pulpe des phalanges des doigts et des orteils, les divisions artérielles sont de moins en moins nombreuses : plus on s'éloigne de la zone du manteau unguéal de Renaut, plus les arborisations vasculaires sont pauvres. En somme, du point de vue circulatoire, le glomus est branché en dérivation latérale, sur le trajet des artérioles cutanées. Il correspond à une région du système capillaire particulièrement rétractile et particulièrement dilatable, d'où l'intérêt d'en bien connaître l'histologie fine.

La lumière du vaisseau glomique est limitée par des cellules plates à protoplasme dense. Les noyaux volumineux ont une structure finement réticulée et sont riches en chromatine. L'endothélium repose sur une couche collagène doublée en dehors par 5 ou 6 couches de cellules fusiformes à orientation concentrique. Ces cellules trapues ont un noyau ovoïde entouré par une mince lame cytoplasmique dont la périphérie renferme des myofibrilles peu nombreuses, surtout dans les cellules les plus externes. Cette couche musculeuse, qui forme la moitié de l'épaisseur de la paroi musculaire, est entourée d'une enveloppe de cellules allongées, claires, à orientation très capricieuse. Il en part des prolongements grêles anastomosés en réseaux inextricables, cependant, certains d'entre eux ont un aspect épithélioïde. Les prolongements forment au contact du vaisseau une fine « résille extrêmement serrée » concentrique au vaisseau. Ces faisceaux péri-vasculaires entourés d'une mince enveloppe collagène renferment des noyaux en bâtonnets. Ce sont des fibres amyéliniques qui se raccordent au réseau péri-artériel de l'artère afférente. Les vaisseaux eux-mêmes, de structure artérielle, sont caractérisés par l'absence de limitante élastique interne : « ce

(1) Travail de la Clinique O.R.L. et maxillo-faciale de la Faculté de médecine de Montpellier (Prof. J. Terracol).

manque de limitante élastique interne leur permet de se rétracter à l'extrême et même d'effacer leur lumière ». Les couches externes de la paroi vasculaire sont riches en cellules de « forme ambiguë », myoïdes ou épithélioïdes, en continuité avec le riche réseau amyélinique qui entoure chaque vaisseau du dispositif. L'ensemble de ces éléments en continuité forme un système neuro-musculaire particulier, d'où le nom de glomus neuro-myo-artériel proposé par Masson pour les désigner. Ce qui caractérise le glomus, c'est la différenciation des fibres musculaires et leurs rapports avec la résille nerveuse péri-vasculaire. De plus, ainsi que l'a démontré Schumacher chez le singe, ce glomus résulte d'une transformation particulière des artérioles. Chez cet animal, les cellules épithélioïdes dérivent des cellules musculaires des rameaux artériolaires du glomus. Ces formations ainsi décrites existent partout : Kieffer les avait observées dès 1919 dans la paroi utérine où elles revêtent une importance considérable lors de la gestation et de l'accouchement. Spanner, puis Hovlicek, enfin plus près de nous Katz et Strenge en ont observé dans la plupart des organes de l'économie et ont singulièrement élargi le domaine physiologique et pathologique du glomus neuro-vasculaire. Ils existent dès le quatrième mois de la vie fœtale, mais leur innervation d'abord de type artériel ne s'organise qu'ultérieurement. Ils sont moins nombreux chez le vieillard.

Revenons sur chacune des deux parties constitutives du glomus :

Les vaisseaux ;
L'adventice.

A. — *Les vaisseaux glomiques.*

L'artère afférente a de 20 à 30 mus (Masson). Sa média est épaissie, formée de fibres lisses typiques. La lumière étroite est limitée par un endothélium reposant sur une limitante élastique interne.

Le segment artériel succède brusquement à l'artère précédente. « Le point de passage est marqué par la disparition de la limitante élastique interne qui s'émiette en fibrilles délicates dispersées parmi les éléments de la paroi vasculaire » (Masson). La forme tortueuse, l'épaisseur et l'aspect de la média caractérisent ce segment.

L'endothélium est souvent à cellules cubiques : il repose sur un treillis de réticuline qui le sépare incomplètement de la média.

La média, épaissie, est formée par 4 ou 5 couches de cellules allongées « contenues dans un lâche réseau réticulo-élastique ». Ses cellules sont très anastomosées entre elles et les fibrilles acidophiles passent de l'une à l'autre. Plus on s'avance vers le segment veineux et plus les cellules de la média sont pauvres en myofibrilles, elles prennent un type de plus en plus épithélioïde.

Toutes ces cellules myofibrillaires constituent un vaste réseau syncitial extrêmement contractile.

Le segment veineux débute par une dilatation brusque de la lumière vasculaire. La paroi comporte uniquement un endothélium posé à même une mince membrane.

La veine efférente naît du segment précédent et se jette dans une veine périglomique.

B. — *L'adventice.*

P. Masson, qui en a fait une étude très fouillée à l'aide de techniques multiples et convergentes, lui a donné le nom de « manchon nerveux du segment artériel ». En effet, ce véritable manchon « cesse brusquement au point où le segment artériel perd sa média et devient segment veineux ».

Il comporte des cellules bien individualisées, nombreuses, éparpillées dans la zone intermédiaire et qui sont les mastzellen. Il comprend en outre un réseau nerveux amyélinique qui, en dedans s'insinue entre les faisceaux de la média, et en dehors se condense en petits faisceaux se mêlant aux fibres collagènes et perdant l'aspect enveloppant péri-vasculaire qui caractérise le manchon nerveux du segment artériel.

La masse adventicielle du vaisseau glomique est formée « presque exclusivement par le plexus nerveux annexé à la portion contractile du vaisseau anastomique ». Ce plexus, circulaire dans sa partie interne appliquée sur la média, forme un amas confus dans sa partie moyenne, puis un réseau à larges mailles nettement fasciculées dans sa partie externe. Cet appareil nerveux péri-artériel est formé par « la conjonction de fascicules venus des plexus artériels et nerveux du plexus dermique ».

Les fibres venues du plexus ci-dessus gagnent la couche interne du manchon nerveux du segment artériel et donnent de minuscules rameaux qui forment dans la média un réticulum à fonction motrice.

Les fibres sensorielles sont les plus grosses, elles présentent des renflements successifs et des aplatissements terminaux en navette. Ces fibres décrivent des spirales uniquement autour du segment artériel. « Il semble qu'une même fibre puisse contrôler à la fois pression et distension dans toute l'étendue du glomus. »

Etude physiologique

Les travaux histo-physiologiques de P. Masson, les recherches expérimentales de Grant et Bland, de R. et L. Clark, puis celles de Curtillet ont permis de fixer certaines fonctions glomiques.

Bien des aspects de cette physiologie demeurent incertains, seule la pathologie permet de faire des hypothèses auxquelles il manque cependant le contrôle expérimental et thérapeutique.

Le rôle circulatoire des glomus a été surtout mis en relief par Sucquet, Grosser, Schumacher, et plus récemment par Popoff. puis Saumade et Curtillet. Leur calibre est extrêmement variable et leur lumière peut complètement disparaître. Contractions et dilatations sont très brusques.

Les agressions d'ordre physique (excitation mécanique, lumière, hyperthermie) provoquent la dilatation des anastomoses artério-veineuses déjà ouvertes et font s'ouvrir les anastomoses fermées (R. et L. Clark). Parmi les agents pharmacodynamiques, l'acéthylcholine entraîne une dilatation, l'adrénaline après une phase de dilatation provoque la constriction, l'histamine donne une dilatation considérable (Curtillet).

Les anastomoses capillaires du glomus se comportent comme les artérioles, mais les effets sont plus tardifs et plus prolongés pour les capillaires glomiques que pour les artérioles. Normalement, le rythme des mouvements est de 2 à 12 par minute (Grant), il est indépendant de celui des artères (R. et L. Clark). « Soupape de sûreté quand se produisent des à-coups hypertensifs » (Saumade et Curtillet), les glomus neuro-vasculaires, anastomoses artério-veineuses directes, agissent surtout sur la circulation veineuse. Dilatations et contractions rythmiques entraînent une véritable chasse de sang veineux. Elles facilitent la circulation de retour (Popoff) et maintiennent constante la pression dans les capillaires (Sucquet).

Le retentissement de ces variations de débit sur les circulations générales et locales est considérable (Grosser). Ces variations circulatoires locales modifient également la température des régions considérées et le glomus apparaît comme étant l'élément regulateur des températures locales (M. Hoyer, Bouveret).

Considérant les rapports étroits du glomus et de certains corpuscules tactiles, Von Schumacher admet que la pression capillaire est réglée par le jeu de phénomènes vaso-moteurs à siège glomique déclenchés par les corpuscules tactiles eux-mêmes.

Mais c'est là encore un rôle trop restreint ; le glomus contrôle la pression interstitielle dermique et hypodermique par un jeu de réflexes vaso-moteurs dont il est le point de départ.

De plus, les glomus étant d'autant plus nombreux dans une région que celle-ci est mieux adaptée au sens du tact, le glomus intervient dans les perceptions tactiles, probablement en modifiant le régime circulatoire des corpuscules tactiles. Les rapports étroits unissant les glomus aux corpuscules de Wagner-Meissner permettent de penser qu'il existe là une véritable unité fonctionnelle à la fois organo-végétative et cérébro-spinale.

« Par ses fibres sensibles, son manchon nerveux contrôle la pression vasculaire intraglomique et la pression interstitielle. Par ses fibres organo-végétatives, il les règle l'une par rapport à l'autre. »

Le glomus se comporte comme un véritable manomètre « capable de contrôler et de régler la circulation artérielle et capillaire et, par elles, non seulement la température, mais une pression interstitielle favorable aux fonctions des terminaisons tactiles » (Masson).

De plus, la présence de fibres sensitives cérébro-spinales réagissant lors de la distension glomique explique les algies, les irradiations douloureuses et les troubles vaso-moteurs que présentent les malades porteurs de tumeurs glomiques.

Popoff, se basant sur les faits histologiques précédents, fait jouer un rôle trophique important aux glomus neuro-vasculaires. Il semble que ce rôle trophique soit davantage dû à l'action du glomus sur la circulation qu'à une fonction trophique propre du glomus lui-même.

Les tumeurs du glomus neuro-vasculaire

Jadis appelées « tubercule sous-cutané douloureux », elles furent bien étudiées en 1924 par P. Masson qui publia les trois premiers cas. Martin et Dechaume apportent une nouvelle observation en 1925. A. Prodanoff signale, en 1927, la première observation de tumeur glomique en dehors des doigts. La même année, Masson et Géry font une étude complète de ces tumeurs en dehors des doigts. Masson dans sa monographie, en 1937, rassemble 27 cas. Masson et Weil, en 1934, dans une revue générale sur la question, relèvent 34 observations de tumeurs glomiques publiées dans la littérature médicale, tant en France qu'à l'étranger.

C'est dire l'extrême rareté de ces tumeurs et l'intérêt que présente notre observation.

Etiologie

Observées à tous les âges, elles paraissent plus fréquentes chez la femme que chez l'homme. Du point de vue répartition topographique, le plus grand nombre (les 4/5) ont été observées au membre supérieur, surtout dans la région du lit unguéal, qui représente les 4/10 de tous les cas observés. Les localisations antibrachiales sont rares ; en 1937, P. Masson ne signale que 5 observations publiées.

Types anatomo-pathologiques

Ces tumeurs encapsulées sont comprises dans l'épaisseur du derme ou dans l'hypoderme. Elles sont entourées de corpuscules de Pacini aplatis par la compression, ce qui explique certains de leurs caractères cliniques.

A un faible grossissement elles paraissent formées de vaisseaux sanguins très entrelacés à lumière béante. Le caractère essentiel de ces capillaires est l'épaisseur souvent énorme de leurs parois, ce qui permet de distinguer deux types essentiels de vaisseaux tumoraux.

Dans le premier type, la lumière vasculaire est béante ; l'endothélium repose sur une mince lame collagène entourée par un étui épais de fibres musculaires lisses concentriques. Plus on s éloigne de la lumière vasculaire et moins différenciées sont les cellules musculaires. A la périphérie, elles prennent un type nettement épithélioïde (cellules polygonales, globuleuses, à gros noyau sphérique), entassées *en massifs*, en cordons épais. Les amas épithélioïdes sont entourés par un tissu conjonctif plus ou moins riche en fibres amyéliniques. Ces fibres en faisceaux se perdent dans les cellules épithélioïdes avec lesquelles certaines d'entre elles semblent se continuer.

Dans un deuxième type, le vaisseau a une lumière très irrégulière, bordée par un endothélium cubique. Sa paroi est formée par des cellules épithélioïdes semblables à celles décrites ci-dessus. Les parois de deux capillaires voisins sont en continuité, d'autres fois, elles sont séparées par des cloisons qui recèlent d'innombrables fascicules nerveux amyéliniques. Ces faisceaux nerveux présentent des connexions intimes avec les cellules épithélioïdes. Certaines de ces cellules ont un type douteux à la fois musculaire et nerveux, elles s'allongent, s'anastomosent, leur noyau devient fusiforme, il existe tous les éléments intermédiaires entre elles et les éléments schwaniens. Les cellules épithélioïdes « se continuent avec la région axiale des fibres nerveuses, comme les prolongements des cellules ganglionnaires ».

Ainsi les nerfs, quel que soit le type vasculaire tumoral, sont en continuité morphologique et génétique avec les cellules épithélioïdes des parties vasculaires et ces cellules sont reliées aux cellules musculaires, par tous les types de transition.

La tumeur à croissance lente refoule les tissus voisins qui lui forment une capsule. Elle est toujours « rattachée à une artère et à des nerfs dermiques ou hypodermiques ». L'artère, toujours large, aborde la tumeur en un seul point, bien que parfois elle se ramifie en plusieurs rameaux qui, indépendants, pénètrent la néoformation.

Les nerfs abordent la tumeur en des points différents ». Le plus gros contingent pénètre cependant par le hile. « Toute tumeur glomique est incluse dans un névrome plexiforme et mixte et pénétrée par les ramifications de ce névrome. »

Dès qu'ils ont pénétré la tumeur, les vaisseaux prennent les caractères du segment artériel décrit plus haut. Ils se ramifient plusieurs fois, s'anastomosent et se poursuivent avec des segments veineux multiples fort larges qui débouchent dans les veines périglomiques. Entre ces segments artériels tortueux se voit un « plexus nerveux mixte d'une richesse extrême ».

Selon la prédominance de l'élément nerveux ou de l'élément vasculaire, on a les deux types décrits ci-dessus, mais toujours ces deux constituants vasculaires et nerveux coexistent.

Etude clinique

Le caractère clinique essentiel de ces néoformations est *la douleur*. Les tumeurs glomiques sont caractérisées par des douleurs locales très intenses, évoluant par accès, d'abord d'intensité moyenne, elles deviennent rapidement excessives. Déclenchées par un simple contact, même très discret, exaspérées par le froid, par un mouvement, elles entraînent très rapidement un état psychique spécial. Au début de l'évolution, les douleurs sont la seule manifestation existante. Ces douleurs sont très irradiées vers la racine du membre. Bientôt apparaît la tumeur. La néoformation est arrondie, enchâssée sous la peau comme un grain de plomb, elle présente un volume variable selon la durée d'évolution, elle atteint assez souvent le volume d'un grain de riz, d'un pois, parfois même elle est plus volumineuse. Elle est libre sur les plans superficiels et les plans profonds ; nettement limitée, elle présente l'aspect d'un kyste sébacé.

La palpation appuyée est douloureuse, mais bien moins que le simple contact.

Chez les sujets à peau blanche, on constate du côté lésé des troubles vaso-moteurs loco-régionaux, avec élévation de la température superficielle de ce côté.

Dans les cas anciens, il existe, en outre un certain degré d'atrophie musculaire. Parfois ces troubles circulatoires ou trophiques sont très marqués et dominent le tableau clinique.

En résumé, le tableau clinique consiste au début en des phénomènes douloureux très intenses, ultérieurement apparaît la tumeur.

Un pareil tableau clinique ne prête guère à confusion, le diagnostic est délicat à la phase initiale en l'absence de la tumeur ; lorsque celle-ci existe le diagnostic est évident, il suffit d'y penser.

Pronostic

Il est essentiellement favorable, car ce sont des tumeurs bénignes qui ne récidivent jamais après extirpation. On n'a jamais observé plusieurs localisations simultanées ou successives chez un même sujet.

Traitement

Le traitement est excessivement simple. Sous anesthésie locale par infiltration, on procède à l'ablation de la tumeur. Cette ablation très facile se fait souvent par simple énucléation.

Les douleurs cessent aussitôt l'extirpation pratiquée et ne reparaissent plus.

Conclusions

Le glomus neuro-vasculaire est un organe autochtone, né sur place d'une différenciation spéciale de la paroi musculaire artérielle. Cet organe comporte des cellules musculaires lisses banales, des cellules musculaires pâles, comparables aux fibres pâles du faisceau de His, des fibres nerveuses et des cellules épithélioïdes (probablement ganglionnaires) toutes de même origine locale.

De par son apparition neuro-musculaire propre, il serait doué d'une certaine autonomie fonctionnelle et capable de contrôler et de modifier par lui-même les circulations artérielles et capillaires et la pression interstitielle.

Relié en outre aux organes sensitifs, particulièrement aux corpuscules de Wagner-Meissner, et au sympathique artériel, il recevrait des premiers des incitations capables de régler, soit par motricité propre, soit par celle des artères dermiques, la pression et la température favorables à leur fonctionnement optima.

Ces tumeurs, il est vrai exceptionnelles, présentent un aspect clinique tout à fait particulier par les douleurs qui les caractérisent durant toute leur évolution. L'extirpation simple sous anesthésie locale suffit pour assurer la guérison.

BIBLIOGRAPHIE

Durante. Soc. anat. de Paris, 2 mars 1933, in *Ann. d'anat. pathol.* 1933, p. 314.

E. Curtillet. Les anastomoses artério-veineuses (glomus neuro-vasculaire de Masson). *Ann. d'anat. pathol.* 1939, p. 327 à 345.

Hovlicek. *Kong. f. die Gesam. int. Med.* 1934-35, p. 626.

Katz et Strenge. *Archiv. d. Klin. Chir.* 1938, p. 618.

Keiffer. *Archiv. mens. d'obst. et de gyn.* 1919, Soc. roy. des Sci. méd. de Bruxelles, 1932.

Martin et Dechaume *Ann. d'anat. path.* 1925, n° 3.

Masson (P.). Le glomus neuro-myo-artériel des régions tactiles et ses tumeurs. *Lyon Chirurgical*, 1924, p. 257 à 280.

Masson (P.). Les glomus neuro-vasculaires. Herman éditeur, 1937.

Masson (P.) et Géry. Les tumeurs glomiques sous-cutanées en dehors des doigts. *Ann. d'anat. pathol.* 1927, p. 152 à 165.

Masson (P.) et Weil. Tumeur glomique. *Surg. Gyn. et Obst.*, mai 1924, p. 807 à 816.

Popoff. *Bull. d'histolog. appl.* T. 12, p. 156.

Prodanoff. *Ann. d'anat. pathol.* 1927, p. 147 à 152.

Spanner. *Verh. d'anat. Gesel* 1931 et 1938.

Laloi. A propos d'un cas de tumeur glomique. *Thèse* Strasbourg 1939, n° 57.

Leriche. Physiologie, pathologie et chirurgie des artères. Masson et Cie, éditeurs, 1943.

Terracol, H.-L. Guibert et L. Fabre. Une tumeur exceptionnelle. Tumeur d'un glomus neuro-vasculaire de la peau de l'avant-bras. *Comm. à la Soc. des Sc. méd. et biol. de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, janvier 1944.

E. Voisin. Le glomus neuro-vasculaire et ses tumeurs. *Thèse*, Montpellier, 1944.

ACTUALITÉS

LES FACTEURS PSYCHOLOGIQUES DANS LA PRATIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE AMÉRICAINE

Une étude récemment publiée dans le journal *of the American Medical Association* (1) nous semble pouvoir, avec quelque profit, être rapprochée des commentaires inévitablement laconiques qui, le 20 mars dernier, à l'Académie de Médecine, accompagnaient la présentation d'un remarquable film de l'armée américaine. Ce jour-là, il s'agissait exclusivement du traitement des blessés et de leur rééducation. Le titre du travail de M. Brodman et de ses collaborateurs est plus général ; mais dans les deux cas, on trouve le même souci de faire de la convalescence une période active de relèvement rapide pour rendre aussi vite que possible à la vie civile ou militaire des gens en parfait état ou le moins diminués possible.

Du fait des circonstances et aussi du fait de leur dynamisme habituel, nos alliés d'outre-Océan ont fait de la convalescence une période beaucoup moins contemplative qu'on ne le fait habituellement ici. Elle n'en est que plus intéressante à étudier et peut-être à imiter en l'adaptant à nos moyens. Il est certain que pour réaliser le bel ensemble d'organes que le film de mars dernier a présentés à l'Académie, il faut disposer d'un budget opulent. Il n'est pas moins vrai que de telles dépenses étant immédiatement et durablement rémunératrices, les largesses bien comprises méritent l'indulgence des argentiers les moins prodigues. L'étude de M. Brodman montre, d'autre part, que les procédés courants et peu onéreux d'une psychothérapie classique mais judicieusement et activement employée, ont des effets certains ; il faut que se conjuguent la confiance du malade, ses confidences judicieusement favorisées, et chez le médecin, une divination née de l'expérience, à laquelle se joignent la discrétion et la sympathie.

Il est, dans les deux cas, à remarquer combien les médecins américains sont éloignés de certaines conceptions d'hôpital et de convalescence que nous connaissons bien et à quel point ils ont su transformer l'esprit de leurs patients.

La blessure « heureuse », si grave qu'elle soit, l' « heureuse » hospitalisation où la monotonie de journées parfois plus douloureuses que physiquement ou moralement réparatrices, ne laisse pas de les faire paraître trop fugitives à des échappés d'un enfer soucieux de n'y pas retomber ; les étapes de convalescence en des lieux agrémentés de mécanothérapies parfois un peu contradictoires ou disparates, n'ont jamais été bien propres à remonter un moral affaissé. Le patient se résigne à être un diminué pour sortir de la guerre et à le demeurer devant l'appât d'indemnités et de pensions qu'il espère réconfortantes ; mentalité d'accidenté, persistante, contagieuse et à tous égards funeste.

Le concept américain est aux antipodes de cette abdication. Mais c'est surtout dans son universalisme que résident, à la fois, nous semble-t-il, son originalité et la source de son efficacité.

C'est à l'ingéniosité et à l'activité du médecin que toute l'œuvre est confiée. Le traitement organique n'est jamais bien longtemps différent d'un pays à l'autre. Dans le domaine psychologique, les Américains ont tout repris à la base : l'influence du moral sur le physique, lieu commun des conversations extra-médicales et parfois des consultations médicales. En psychothérapie, ils n'usent que de moyens classiques : psychothérapie (méthodes Coué ou Christian Science exceptées), persuasion, ambiance de vie, de gaîté, d'activité mentale et d'optimisme, persuasion discrète. Ce qui est moins banal, c'est l'ampleur de la conception, l'attention donnée aux détails, la précocité de la mise en œuvre, l'ingéniosité et la variété dans la réalisation. Un beau film — ou un beau voyage — valent mieux que les commentaires et les récits, mais les résultats semblent impressionnants.

Nous ne nous étonnons guère de voir, dans un temps pourtant étonnamment bref après la relève sur le champ de bataille, des blessés nettoyés, opérés, transportés, hospitalisés à grande distance dans des formations spécialisées et bien pourvues. Nous sommes plus surpris de voir la transformation de l'hôpital, même de grands blessés, perdre son caractère de maison — ou de caserne — de la misère et de la souffrance pour celui d'une demeure reposante et confortable. Les spectacles douloureux ou tragiques sont épargnés à ceux qu'ils ne pourraient qu'inquiéter ou affliger. Tous ceux qui peuvent donner quelque espoir ne sont plus hospitalisés, mais véritablement installés, bien et gaîment. La literie avenante, les fleurs au chevet, le linge non râpeux, contrastent avec bien des souvenirs anciens. Ce qui surprend plus encore, c'est, dans le délai minimum, le retour du monde extérieur autour du lit du grand blessé. Ce sont les nouvelles, la musique apportées par la radio, la conversation, la lecture, des jeux ingénieux sans être fatigants qui viennent persuader le blessé sans défiance qu'il est du nombre des vivants d'aujourd'hui, des actifs de demain et que sa promotion à une activité plus grande est prochaine et ne dépend que de lui. C'est au tact des médecins et des infirmières qu'il incombe de régler ici la posologie. Très vite, semble-t-il, on peut forcer les doses et varier les moyens pour rattacher le patient à la vie, à celle du passé, à celle surtout qu'il reprendra, civil ou militaire, valide ou mutilé, mais, au fond, pas infirme. Ce sont le cinéma, les conférences d'information générale ou professionnelle, les jeux, les compétitions entre patients et aussitôt que possible, le lever, le mouvement, la promenade, la sortie aux environs, les menus travaux d'intérieur, puis d'atelier ; ces derniers pouvant être l'ébauche d'une orientation nouvelle devenue nécessaire et prouvée possible. Le traitement organique, élément principal, rythme évidemment ce retour à l'activité physique, mais les méthodes les plus récentes ne semblent pas, par leur action propre isolée, abréger au même degré séjour au lit et durée d'hospitalisation.

Les installations de mécanothérapie qu'ont réalisées nos alliés portent l'empreinte attendue de leur habituelle ampleur de conception et leur ingéniosité à résoudre les problèmes individuels de la mécanothérapie et de la prothèse ne se dément pas. Ce qui est plus surprenant, c'est l'audace à poursuivre des buts qu'on aurait cru chimériques et la rapidité à y atteindre. Partout, mécanothérapie et prothèse donnent des retours graduels de fonction que le temps qui s'écoule améliore souvent encore par la suite. Mais y eut-il jusqu'ici beaucoup d'hôpitaux d'où l'on sorte par le chemin d'une gymnastique vigoureuse, de la compétition sportive caractérisée et de l'acrobatie intentionnellement cultivée ?

Le ressort moral se retend parallèlement. Ceux qui, après blessure grave même, ont pu retourner au feu, ne sont pas des paniquards en puissance, mais des aguerris. Ceux qui sont ramenés à la vie civile, mais ont vu des restaurations fonctionnelles caractérisées, ont moins de propension à être des mutilés aigris, revendicateurs et parasites, mécontents de l'univers et d'eux-mêmes. C'est par une formation psychologique et une rééducation où tous les éléments du psychisme ont leur part et qui commence dès les premières heures, que les médecins américains ont su, dans les corps meurtris qui leur étaient confiés, réveiller la vitalité et l'énergie morales. Chez d'autres patients, c'est dans le moral seul, ou presque, que réside l'agent nuisible qui, d'un sujet peu touché ou guéri, tend à faire un inapte, civil autant que militaire. C'est la technique psychologique systématique et logique, qui vient ici évaluer le terrain et dépister l'agent qui bloque subitement une progression commencée ou empêche un départ vers le mieux.

Dès la prise de contact avec le sujet — et mieux encore si possible dès l'incorporation — c'est l'établissement de sa fiche psychologique ; l'index du Cornell Service semble avoir été fort utile. On réussit ainsi, sans dommage, la prospection collective et individuelle de la fragilité psychologique et de ses catégories.

C'est aussi la connaissance précise des menus signes fonctionnels indices de psychonévrose et, corrélativement, la bonne direction de l'enquête clinique. Le spécialiste n'a ici qu'une valeur secondaire ; les navettes entre consultants, même éminents, donnent peu ; il faut connaître le milieu habituel, le genre d'existence. Le médecin de troupe bien formé y est plus apte et, après lui, le médecin traitant. On prévient ainsi les hospitalisations inutiles ou trop prolongées avec leur action fixatrice.

C'est encore la discussion avec l'intéressé des problèmes qui le touchent personnellement dans sa vie nouvelle et dans sa vie d'autrefois ; le médecin devra l'entretenir de ses préoccupations d'avenir et lui expliquer les malaises présents, même en partie imaginaires, discuter des projets futurs, du mode de vie, de l'aiguillage ultérieur vers une activité nouvelle, militaire ou civile, que, s'il est possible, les démarches du médecin tendront à faciliter. L'appel à l'esprit d'équipe, la peinture du séjour à l'hôpital comme un intermède sans lendemain et non la fin d'une vie active, un optimisme raisonnable et bienveillant ont ici leur place, de même que les confidences spontanées qu'on aura su faciliter et que suivront des conclusions pratiques, les suggestions et encouragements opportuns.

La durée des séjours à l'hôpital et leur nocivité pour l'activité ultérieure se trouvent ainsi notablement diminués. Ce que des œuvres de reclassement réalisent ailleurs pour le réformé, le médecin en jette dès la période de traitement l'ébauche première et dans la vie militaire même. Il s'ensuit que la mutation de poste trop souvent envisagée comme exception ou comme faveur doit, en dépit de toute considération autre, devenir un droit et que l'intéressé doit pouvoir en user sans délai lorsque certaines considérations physiques ou psychologiques le commandent.

Les médecins américains ne semblent, chose remarquable,

(1) Keeve Brodman, Bela Mittelmann, Harold G. Wolff. Psychologie de la convalescence. (*Journ. Am. Med. Assoc.*, 15 septembre 1945).

observer, du fait de cette orientation, aucun déficit appréciable dans le retour vers des unités combattantes. Le sujet a repris confiance en soi, est raffermi dans son énergie, ne cherche pas l'embuscade et reprend sans hésitation présente ni déficience psychologique ultérieure son rang au combat.

Même la paix revenue, cette conception du traitement psychologique précoce nous semble intéressante à connaître ; elle nous paraît susceptible aussi de servir à la pratique du temps de paix et mériter enquête plus poussée.

R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1945

Récidives et métastases tardives dans le cancer du sein. — M. HARTMANN. — Les récidives tardives des cancers sont fréquentes. L'expérience personnelle de l'auteur lui a montré qu'après opération de cancer du sein les récidives locales (ganglions axillaires) ont été de : 13 cas la 4e et la 5e années ; 9 la 6e et la 7e ; 8 la 8e ; 3 la 9e ; 4 la 10e ; 1 la 11e ; 3 la 12e ; 1 la 13e et la 14e années. Les métastases sans récidive locale ont été au nombre de : 10 la 4e année ; 2 la 5e ; 1 la 6e ; 6 la 7e ; 2 la 8e ; 1 la 9e ; 3 la 10e ; 1 la 16e ; 3 la 17e ; 2 la 20e année.

Il ne s'agit pas de tumeurs particulières à marche lente. La survie n'est pas plus longue à partir du moment où la cellule cancéreuse, demeurée dans un sommeil inexpliqué, se réveille pour des raisons inconnues. A partir de ce moment, la durée d'évolution n'excède pas celle d'une première atteinte.

La lutte contre le typhus exanthématique en France après la Libération. — MM. CAVAILLON, BENNARD, BOYEN et DELECOURT. — La chute de l'Allemagne a provoqué l'épidémie prévue et les contre-mesures prises n'ont été efficaces que grâce à la parfaite coordination d'action des autorités françaises et alliées : désinfection de la rive gauche du Rhin, barrage sanitaire sur le fleuve de la Suisse à la mer et aux aérodromes de départ, stations de protection aux centres d'accueil et de rapatriement.

La situation a été difficile en avril et mai 1945, moment des retours massifs de déportés, en particulier. Désinsectisation et vaccination ont été faites activement ; en juillet, le danger était à peu près passé, mais il est nécessaire de se garder des retours offensifs par foyers sporadiques nés autour de prisonniers allemands isolés chez le paysan ou en petits commandos. Pendant l'épidémie, 318 cas ont été identifiés cliniquement et sérologiquement ; il y a eu en tout 34 décès (11%) surtout dans la Seine, le Bas-Rhin, le Rhône et le Nord. Les déportés ont été les plus atteints. La contamination s'était faite dans les infirmeries des camps, les wagons et bateaux de transport, les campements à la belle étoile. La baisse rapide des contaminations tardives après retour a montré l'efficacité de la protection. Désinfection des vêtements, vaccination, surveillance des cas sporadiques à domicile, réactions sérologiques répétées sont les mesures cardinales.

Statistique du botulisme de l'occupation. — M. LEGROUX, Mme JERAMEC, M. J.-C. LEVADITI. — Le botulisme, exceptionnel avant 1940, s'est peu à peu étendu à tout le pays à cause de l'insuffisante ration alimentaire : 500 foyers et plus de 1.000 cas, mais avec une faible mortalité : 1,5 %. Les aliments en bocaux, habituellement entreposés par les Français, étant consommés après réchauffage, la toxine botulique, sensible à une température de 70°, était détruite. La presque totalité des accidents a été provoquée par l'absorption de chair de porc, jambons salés et fumés consommés crus (448 foyers). Il s'agit donc de botulisme d'origine porcine, contrairement à ce qui s'est passé depuis 40 ans aux Etats-Unis où 98 % des cas (avec mortalité dépassant 50 %) sont dus à des conserves familiales de végétaux consommés crus.

De 1940 à 1944, aucune conserve industrielle n'a causé de botulisme en France.

Elections. — MM. AUVIGNE (de Nantes), LEGENCLE (de Damas), TAVERNIER (de Lyon), VILLARD (de Lyon), sont élus correspondants nationaux dans la 11e Division (Chirurgie).

SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1945

Rapport sur les Travaux concernant les Eaux Minérales et les stations climatiques en 1944. Propositions de Prix. — M. FABRE.

Forme fébrile primitive de l'œdème pulmonaire aigu. — MM. LIAN et CHADOUTAUD. — La fièvre, rare dans l'œdème pulmonaire existe soit du fait d'une infection secondaire, soit comme complication d'un infarctus du myocarde, soit parce qu'il s'agit en réalité d'une forme œdémateuse pulmonaire aiguë d'une pyrexie, grippe par exemple. Les auteurs ont observé un cas où aucune de ces modalités n'est en cause ; dans trois crises d'œdème aigu à deux semaines d'intervalle chez un hypertendu la fièvre a coïncidé avec le début de l'accès dont elle a largement précédé l'acmé.

Il s'agissait donc d'une forme fébrile primitive rappelant ce qui a déjà été décrit dans la tachycardie primitive essentielle. Dans ces deux cas le trouble du centre thermique n'est que l'une des perturbations nerveuses contemporaines du déséquilibre vasomoteur ou rythmique.

Accroissement de la valeur nutritive du pain par l'addition aux farines des albumines du lait. — M. M. RENAUD. — Pour porter la ration azotée à un niveau suffisant on peut avec avantage additionner les farines du pain et albumines de lait (caséine des laits écrémés ; albumines des petits laits des fromageries). Les essais faits en 1939 dans des manutentions militaires ont été satisfaisants ; les albumines favorisent le développement des levures ; la cuisson donne un pain bien ouvert, à croûte dorée et de saveur agréable.

Ainsi serait convenablement accrue la ration des protides nécessaires à l'entretien et l'accroissement des tissus par un procédé avantageux au point de vue de la diétatique et de l'économie générale.

Un microscope électronique français. Premières applications à des recherches biologiques. — M. LÉPINE. — L'optique électronique doit beaucoup à la science française ; notre pays est cependant en retard à cet égard, notamment sur l'Allemagne et les Etats-Unis qui ont entrepris la fabrication et la vente d'appareils. MM. Bruck et Grivet, aidés par le Centre national de la Recherche scientifique, par le Ministère de la Production et l'Institut Pasteur ont fait construire un microscope de type électrostatique à deux lentilles, conçu pour les examens par transparence, en incidence rasante et par émission propre. L'enregistrement des images se fait sur film cinématographique. Le grossissement électronique est de 5.000 que le grossissement optique ultérieur multiplie par 4 et même 10, — grossissement final de 16.000 à 50.000. Pouvoir séparateur de 10 millimicrons. L'équipement à l'Institut Pasteur s'achève et a permis d'obtenir de bonnes images de micro-cristaux minéraux, de bactéries et d'ultravirus (variole).

Election. — M. TOURAINE est élu membre titulaire dans la Section de Médecine en remplacement de M. Milian.

Présentation d'ouvrage. « Les Directives de la Médecine sociale. Médecine de soins et médecine de prophylaxie ». — M. FIESSINGER.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1945

A propos du traitement des luxations acromio-claviculaires. — M. GRINDA. — M. Leveuf rapporte ce travail dans lequel l'auteur a utilisé la fixation trans-osseuse par broche.

Un cas de colectomie totale après échec d'une colectomie partielle pour méga-côlon. — M. FONTAINE. — M. Leveuf, lecteur, insiste sur le fait que ce sont les troubles fonctionnels qui ont nécessité la deuxième intervention.

A propos du tétanos post-abortum. — M. J. QUENU.

Sur la chirurgie de l'hypertension artérielle permanente. — M. WEISS, en se basant sur 17 observations personnelles, estime qu'il y a des hypertendus chez lesquels les opérations élargies sont dangereuses. D'autre part, après splenchnicectomie on constate souvent des récupérations fonctionnelles étonnantes.

M. Leriche insiste sur la difficulté de poser avec précision les indications de telle ou telle opération.

La chirurgie électrique dans les lésions ano-rectales. Hémorroïdes volumineuses. Prolapsus muqueux et hémorroïdaire. — M. HERTZ-BOYER présente un film cinématographique sur la technique qu'il a adoptée. L'action calfatante de la haute fréquence assure une cicatrisation parfaite et rapide des tranches de section.

Sont élus membres correspondants de l'Académie : MM. Curtillet, Delannoy, Dubois, Roquebert, Olry, Luzuy.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 octobre 1945

Ostéomyélite vertébrale avec quadriplégie. Sulfamides, vaccin, pénicilline, immobilisation, guérison. — MM. R. Cattan et Corcos. — Apparition, sur un homme de 56 ans, à la suite d'une pyodermie banale, d'une grande raideur du cou. Après ponction lombaire, survient un syndrome de Froin. Amélioration après sulfamidothérapie, puis survenue d'un abcès dans la fosse sus-claviculaire droite. Immobilisation plâtrée et usage de la pénicilline, puis quadriplégie et guérison.

Un nouveau cas d'association de maladie de Paget et de carence calcique. — MM. Boltanski et Ruaud. — Cas de maladie de Paget dans laquelle les douleurs étaient secondaires à une carence calcique. Preuve certaine par l'usage de la recalcification.

Avortement au cours d'une cure de pénicilline. — MM. Boltanski et Ruaud. — Ce fait, d'ailleurs sans preuve certaine, a trait à l'interruption, au cours d'un traitement par la pénicilline, d'une grossesse de deux mois et demi.

Noma d'origine médicamenteuse. Guérison par la pénicilline — MM. Dana, Coreco, Cahen, présntés par M. Cattan. — Gangrène de la muqueuse buccale à la suite d'un traitement par le cyanure de mercure et le bismuth chez un syphilitique. Guérison par la pénicilline (300.000 unités en 3 jours).

Un cas d'hémopéritoine spontané au cours d'une fièvre typhoïde. — M. Cathala. — Enfant entré à l'hôpital avec un syndrome péritonéal et des signes généraux intenses. La laparotomie dénote l'origine éberthienne de l'infection. A l'autopsie, lésions typiques de dothiénentérie.

Syndrome pseudo-tumoral au cours d'une néphrite chronique hypertensive chez une enfant de 12 ans. — MM. Sarrouy, Combe, Groscolas (Alger). — Chez une fillette de 12 ans, atteinte de néphrite chronique datant de 6 ans, apparut une hypertension intra-cranienne à forme pseudo-tumorale. Le syndrome, d'abord amélioré, aboutit à la mort rapide avant toute intervention.

Guérison apparente de deux cas d'endocardite lente à « str. viridans » par des doses massives de pénicilline. — M. de Gennes. — Dans cette communication, l'auteur insiste sur l'inutilité et même sur le danger des doses *modérées* de pénicilline dans l'endocardite d'Osler. Chez un enfant atteint de maladie de Roger compliquée d'endocardite, il monta à la dose d'*un million d'unités* par jour et répétées pendant *15 jours*, soit à *38 millions* d'unités *au total*. Chez un autre malade atteint d'endocardite lente, il n'hésita pas à monter à 48 millions d'unités. Ces chiffres, très élevés, reçurent l'approbation, en séance, de différents auteurs : les Drs Lemierre, Lenègre, Flandin.

Séance du 19 octobre 1945

Syndrome azotémique isolé au cours d'une fièvre récurrente. — MM. Sarrouy et Groscolas. — Enfant de 8 ans atteint de fièvre récurrente, présente au cours de la première onde une hyperazotémie de 2 gr. 20. Azotémie normale pendant apyrexie. Pas d'insuffisance rénale. Aucune séquelle.

Fièvre récurrente chez un nouveau-né d'origine congénitale. — M. Sarrouy, Mlle Berthiault et M. Grocolas.

Symphyse du péricarde, péricardite chronique constrictive et calcification du péricarde. — M. Lenègre. — Dans la péricardite chronique constrictive, la sclérose du péricarde fibreux résume toute la maladie et réalise le syndrome spécial de la constriction chronique du cœur. Syndrome de Pick, hypertension veineuse, cœur normal aux rayons X. C'est « l'adiastolie », tableau curable de la péricardectomie partielle. Les calcifications du péricarde donnent deux renseignements, à savoir qu'il y a péricardite et que les lésions sont éteintes.

L'infantilisme de la péricardite chronique constrictive. — MM. Lenègre, Pouмeau-Delille, Rousset, rapportent quatre observations d'infantilisme de la péricardite chronique constrictive, dont trois chez des garçons de 17 à 20 ans. Dans ces cas, l'individualité remarquable est due à ce qu'il s'associe à une péricardite chronique constrictive attestée par le syndrome de Pick et par des signes cardio-vasculaires à rechercher de parti pris. Or, l'infantilisme est la conséquence directe du trouble cardiaque et guérit par la péricardectomie, laquelle acquiert la valeur d'une expérience physiologique.

Le rôle de la tuberculose dans l'étiologie de la péricardite chronique constrictive. — M. Lenègre, Mlle Schweiscuth et M. Flavigny. — La responsabilité de la tuberculose dans la genèse de la péricardite chronique constrictive est diversement appréciée. Les Auteurs en veulent pour preuve l'étude de leurs 13 cas personnels : 4 fois la tuberculose était probable, 4 fois elle ne pouvait être ni affirmée, ni récusée, 5 fois elle pouvait être exclue. D'après eux, la tuberculose pourrait être récusée dans un quart ou un tiers des cas, surtout chez les sujets jeunes.

Sur l'action de l'aminothiazol dans un cas de cachexie hyperthyroïdienne. — MM. Decourt et Verdiée. — Malade présenté antérieurement dans un état de cachexie profonde, atteint d'une arythmie complète avec élévation considérable du métabolisme basal. Est soumis au traitement par l'aminothiazol. En quelques mois, disparition de l'arythmie, abaissement du métabolisme. L'action du médicament paraît due, moins à une altération du tissu thyroïdien qu'à une inhibition de la sécrétion hormonale.

Séance du 26 octobre 1945

Ictère grave du nouveau-né guéri par des transfusions de sang Rh négatif. — MM. Tzanck, Christiaens et Bessis. — Le fait exposé sous ce titre concerne une famille dont 9 enfants sur 12 sont morts d'ictère grave du nouveau-né. Le père et les enfants qui ont survécu sont du groupe Rhésus positif, la mère du groupe Rh négatif, possédant dans son sérum des agglutinines anti-Rh. Un enfant né de la 13e grossesse a été sauvé par des transfusions de sang Rh négatif.

Méningo-encéphalite après vaccination anti-amarile. — MM. Kaplan et Genck. — Observation d'une fillette qui, après 11 jours de vaccination anti-amarile par scarification d'un vaccin neurotrope provenant du cerveau de souris, a présenté un syndrome de méningo-encéphalite dont la guérison survint brusquement, amenant à préconiser la vaccination anti-amarile par virus de culture réactive. Ces faits, d'après Mollaret et Gaussel, doivent faire prévoir la possibilité d'accidents de ce genre chez les vaccinés.

Maladie épidémique associant gingivo-stomatite et polymicro-adénopathie. — MM. Gounelle et Wajnerman. — Dans une épidémie ainsi caractérisée, l'association fuso-spirillaire a toujours été retrouvée, ainsi que la biopsie ganglionnaire dénotant une hyperplasie lymphoïde avec disparition des follicules.

SOCIETE DE MEDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

Séance du 11 octobre 1945

Au sujet de l'entr'aide intellectuelle dans les formations sanitaires, camps et foyers du soldat. — M. des Cilleuls. — L'œuvre accomplie dans ce domaine par le service de l'Aide intellectuelle du Comité central d'assistance aux prisonniers de guerre (section « Bibliothèques et Jeux »), rattaché à la Croix-Rouge française depuis 1943, a été d'une ampleur considérable.

Rien que pour les camps, et seulement en ce qui concerne les livres envoyés, le total s'est élevé en fin décembre 1944 à 3.580.708 ouvrages.

Le fonctionnement des bibliothèques organisées dans les formations sanitaires et foyers a été confié à un personnel féminin, qualifié, formé techniquement par les soins de l'Association des bibliothécaires français.

A propos de l'organisation du service de Santé dans l'armée américaine en parallèle avec celle du service de Santé militaire français. — MM. Toubert et Uzac. — Sur trois points importants, les services de Santé militaires des deux nations ont trouvé des solutions analogues. C'est le service de Santé français qui a eu le mérite de l'antériorité.

1. Le service de Santé américain a un service automobile qui lui appartient en propre. C'est ce qu'avait obtenu, en 1917, le service de Santé français. Malheureusement, cette disposition a été annulée en 1922.

2. L'aviation sanitaire, qui a été très employée au cours de cette guerre, a été essayée pour la première fois en France en 1917 et largement appliquée dès 1930 en Afrique du nord et au Levant.

3. L' « Hôpital général » à grand rendement du service de Santé américain s'apparente à l' « Hôpital d'évacuation secondaire », créé en France, en 1918, dont les Américains purent, à cette époque, constater le rôle prépondérant.

Le sympathique dans le choc sympathique. — MM. Kliszowski et Cuinet.

Absence congénitale des rotules associée à d'autres malformations osseuses et à une dystrophie des ongles. — M. Lontacard. — Observations de ce curieux syndrome héréditaire décrit pour la première fois par Osterreicher et comportant, outre l'arotulie, une luxation bilatérale des têtes radiales et une hypoplasie des ongles des mains et des pieds.

La mère et la grand'mère du sujet présentaient la même malformation.

Contribution à l'étude du mécanisme d'action thérapeutique des sulfamides. — M. Grundland. — Pour l'auteur, l'inefficacité des sulfamides dans les lésions osseuses s'expliquerait par la neutralisation, par les sels de chaux du squelette, de l'acidité développée par le médicament. Il pourrait en résulter un certain degré de décalcification.

Erythrodermie après ingestion de « pastis ». Rôle probable de l'alcool méthylique. — MM. L. Ferrabouc, H. Bourgeot et M. Racine.

La fièvre à phlébotomes dans la région toulonnaise. — MM. André et Bourcain. — Une vingtaine de cas de cette affection ont été observés en 1944. Tous les malades présentaient une réaction méningée, ce qui autorise à penser à la localisation possible du virus sur la moelle. Trois espèces de phlébotomes ont déjà été capturées à Toulon où semblent prédominer les P. Parroti.

Un curieux cas de « maquillage ». — M. Lahillonne. — Observation d'un sujet qui, pour éviter un changement de secteur, en 1939, ingurgita un flacon de « Naol » (émulsion de tripoli, d'oléure d'ammoniaque et de nitrobenzine). Il en résulta une intoxication bénigne et une sensibilité cutanée générale favorisant le développement de dermo-épidermites microbiennes tenaces survenues à la suite d'un traumatisme.

Un cas de septicémie à anaérobies guérie par la pénicilline. — MM. Afberhardt et Bertlon.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 13 octobre 1945

Production expérimentale d'un syndrome pellagreux. — M. R. Lecoq a pu réaliser chez le rat un syndrome pellagreux à l'aide d'un régime purifié contenant 8 % d'ovalbumine, privé de vitamines B autres que B_1 et B_2. L'amide nicotinique a alors une action préventive, mais non curative ; la levure de bière sèche n'amène qu'une guérison partielle, le germe de blé une guérison complète.

Propriété physiologique d'un nouvel acide gras éthylinique α-ω-disubstitué. — MM. J. Paraf, J. Desbordes, Buu-Hoi, Ratsimamanca et Cagniant tendent à accorder dans la production des phénomènes toxiques au cours de la tuberculose une place importante aux acides gras non saturés.

Sur la pénétration transcutanée des huiles essentielles et de leurs constituants chimiques. — M. G. Valette insiste sur la pénétration, pour la peau du lapin, des essences de térébenthine, de thym et d'eucalyptus, du pirène et de l'eucalyptus ; chez la souris, l'acétate de géranyle, l'eucalyptus, le méthyl-vonyl-cétone sont particulièrement actifs.

Sur la pénétration transcutanée des alcaloïdes. — M. G. Valette a pu obtenir, chez le lapin, par voie transcutanée, les effets pharmacologiques et même toxiques de la morphine, de la strychnine, de la pilocarpine, de l'aconitine et de leurs sels grâce à des solvants de fort pouvoir pénétrant (comme l'eucalyptol).

Etude des relations entre la durée d'action des anesthésiques locaux et la viscosité du solvant. — M. F. Meidinger.

Action de l'iodadrénochrome sur la résistance des capillaires. — MM. L. Parrot et H. Cottereau insistent sur l'intérêt de cette action, l'iodadrénochrome étant par ailleurs dépourvu des actions pharmacologiques classiques de l'adrénaline : d'où son emploi possible chez l'homme, dans la prévention du choc opératoire, par exemple.

Développement comparatif de la production de l'antitétanolysine et de l'antitoxine tétanique chez les chevaux producteurs de sérum antitétanique. — MM. E. Lemétayer et L. Nicol.

Infiltration novocaïnique de la fourche carotidienne et intoxication botulique expérimentale du cobaye. — MM. R. Lecroux et J.-C. Levaditi n'ont pu ainsi empêcher la chute de la tension artérielle, qui paraît en rapport surtout avec l'arrêt respiratoire.

La microscopie en fluorescence de « Richettsia prowazeki ». — MM. J.-C. Levaditi et R. Pantnier.

Relations entre les virus neurotropes : Theiler, aphteux et poliomyélitique Hansing. — MM. C. Levaditi et A. Vaisman concluent à la totale dissemblance de ces trois souches de virus neurotrope, du point de vue de l'immunité croisée.

Nombre et virulence. Infection récurrentielle. — MM. C. Levaditi et A. Vaisman insistent sur les variations considérables du chiffre minimum des parasites capable de conférer la spirochétose et du taux de la virulence, en opposition avec la fixité du pouvoir pathogène des cerveaux des souris sacrifiées longtemps après la stérilisation du sang et des organes (due sans doute à la persistance dans le némaxe du virus récurrentiel à la phase infravisible de son cycle évolutif).

Aspects chimiques de l'hémolyse provoquée par la glycémie et la pyridine. — M. J. Solomides.

Inversion par la pyridine de certaines propriétés physicochimiques des protéines du sérum de lapin et de cheval. — M. Solomides.

Séance du 27 octobre 1945

Etude des propriétés bronchodilatatrices de diverses aminoalcools synthétiques. — M. R. Tiffeneau et Mlle M. Beauvallet concluent de leurs recherches sur l'épreuve du bronchospasme asphyxique du cobaye, que c'est la structure des aminoalcools diphénoliques qui est la plus favorable pour l'apparition des propriétés bronchodilatatrices.

Remarques sur la recherche de l'acide phénylpyruvique dans l'urine. — MM. P. Desgrez et F. Delbarre rappellent tout d'abord que l'élimination urinaire d'acide phénylpyruvique est le stigmate essentiel d'une affection très rare, individualisée par Fölling en 1934, l' « oligophrénie phénylpyruvique ». La coloration vert émeraude, décrite par Fölling, par addition à 10 cc. d'urines de perchlorure de fer à 5 %, est plus nette avec le perchlorure de fer à 50 % d'après P. Desgrez et F. Delbarre, qui ont obtenu par ailleurs une coloration verte plus nette et plus stable avec une solution saturée d'alun de fer ammoniacal.

Isolement d'une souche française de leptospira canicola. — Mme B. Kolochine-Erber et M. Colombier ont isolé cette première souche française, pathogène pour l'homme, identique aux souches hollandaises classiques, à partir du sang du cœur de cobayes inoculés avec l'urine d'un chien leptospirurique.

Les effets de l'anoxie sur l'excitabilité nerveuse chez l'homme. — M. J. Beyne, Mme Chauchard et M. P. Chauchard trouvent dans l'allongement des chronaxies sous l'effet de l'anoxie un test précieux pour caractériser la sensibilité des divers sujets d'après le seuil de leur réaction.

Aminothiazol et thyroxine. Recherches chronaximétriques. — M. P. Chauchard confirme que, malgré son action propre nerveuse dépressive, l'aminothiazol ne s'oppose pas à l'action nerveuse excitante de la thyroxine.

Chancres d'auto-inoculation chez le lapin et allergie dans la syphilis. — M. A. Vaisman attribue la fixation du tréponème qu'il a pu observer, chez des lapins infectés avec la souche Gand et porteurs de syphilômes ulcérés, dans des régions cutanées réfractaires (pattes, anus, paupières), à la fréquence des réinoculations à partir de lésions ouvertes au cours des périodes d'allergie.

Fortes surcharges en vitamines D_2 chez des tuberculeux pulmonaires. Hypercalcémie sérique. — MM. H. Gounelle, A. Vallette, M. Bachet. — En étudiant chez des tuberculeux pulmonaires incurables l'action de doses massives de vitamine D_2 associées à un apport médicamenteux calcique important, nous avons constaté avec régularité une hypercalcémie sérique notable entre 120 et 130 mg. o/oo, après surcharge de 24 à 40 millions d'U. I.

La voie buccale est mal tolérée : anorexie, constipation, vomissements, etc., mais la voie intramusculaire ne détermine pas de tels troubles.

En tout cas, une tendance à la densification ou au nettoyage de certaines lésions locales incite malgré tout à persévérer.

Election. — M. Chaussé est élu membre titulaire.

IXe CONGRÈS FRANÇAIS DE GYNÉCOLOGIE

(Suite) (1)

FIBROMES UTÉRINS

QUATRIEME RAPPORT

Le traitement non opératoire

I. — Traitement médical

Par Maurice FABRE (Paris)

L'auteur expose que par suite des travaux de ces dernières années, qui font du fibrome une manifestation hyperfolliculinique et des succès obtenus par l'hormonothérapie mâle dans les métrorragies relevant de cette origine, le traitement médical du fibrome utérin est revenu à l'ordre du jour.

Après avoir esquissé une prophylaxie basée sur une thérapeutique du neuro-arthritisme et de l'hyperfolliculinie, M. Fabre expose les différents traitements du fibrome.

Il rappelle pour mémoire le traitement local et en particulier la méthode électrothérapique d'Apostoli, tombés en désuétude, le traitement par les hémostatiques, ergotine, hydrastis, émétine, actuellement encore très employés.

Il passe ensuite aux préparations opothérapiques dont *l'extrait mammaire*, employé à doses fortes à 1 ou 5 gr. par jour pendant l'interrègle, donne de beaux succès.

Il arrive enfin à la thérapeutique hormonale par la testostérone, nouvelle venue qui donne les plus beaux espoirs.

Des travaux actuels, M. Fabre tire les conclusions suivantes :

La testostérone agit puissamment sur les ménorragies du fibrome qu'elle fait disparaître ou diminue considérablement.

Sur le volume du fibrome, son action est moins certaine. Mais elle améliore considérablement presque toujours les troubles fonctionnels qui accompagnent la tumeur (t. urinaires, t. intestinaux, pesanteur au niveau du ventre et des lombes).

Des incidents ont été signalés : crises d'urticaire, fatigue, réactions hépatiques, voix plus grave, développement exagéré du clitoris. Ces inconvénients n'apparaissent qu'avec des doses dépassant 300 milligrammes.

La testostérone peut être introduite par la peau, la muqueuse buccale, la muqueuse vaginale. Mais c'est la voie sous-cutanée ou intra-musculaire la plus communément employée.

L'implantation de cristaux dans le tissu graisseux de l'abdomen est une méthode qui a la faveur de certains auteurs, mais n'est pas encore entrée dans la thérapeutique courante.

Certains, avec Claude Beclère, instituent le premier mois une dose d'attaque de 4 à 6 piqûres de 25 milligrammes et pratiquent les mois suivants une dose d'entretien de 2 à 3 piqûres de 25.

D'autres, avec Turpault, injectent de 10 à 25 milligrammes tous les deux jours ou tous les jours pendant les 10 jours précédant les règles ou pratiquent une injection une ou deux fois par semaine, dès le quatrième jour des règles et s'arrêtent cinq jours avant le début des règles suivantes.

Naturellement, la malade devra être suivie. Il devra être tenu compte de son âge, de l'état de son foie, de la grosseur du fibrome, de ses poussées congestives, de l'hyperplasie ou non de la muqueuse utérine, de son état nerveux, de la tension, de l'état du cœur, des artères et du rein.

(1) Voir *Gaz. des Hôp.*, n° 22, 15 novembre 1945, p. 375.

II. — Traitement thermal

Par Mlle Henriette CONET (Salies-de-Béarn)

Les eaux chlorurées sodiques fortes sont les seules à agir d'une manière efficace sur le fibrome utérin. Elles possèdent une concentration au-dessus de 200 grammes de chlorure de sodium par litre et varient par leur teneur en éléments minéraux, surtout bromures et iodures alcalins et par leur radio-activité, selon les sources utilisées : Kreutznach ou Salsomaggiore à l'étranger, Besançon, Biarritz, Salies-de-Béarn ou Salies-du-Salat, en France.

L'action du bain combiné à l'injection vaginale et aux compresses d'eaux-mères est complexe ; à la fois mécanique sur la congestion pelvienne et l'état hémorragique, profonde par les effets d'endosimose et de radio-activité, équilibrantes enfin sur les systèmes nerveux et endocrinien.

A l'exception du fibrome dur au stade avancé qui est du ressort chirurgical, toutes les tumeurs fibromateuses bénéficient des eaux chlorurées sodiques (surtout radio-actives, type source du Bayas, de Salies-de-Béarn), qui jugulent le plus souvent les hémorragies, stabilisent ou font régresser le volume utérin et évitent le plus souvent aux malades timorées l'intervention chirurgicale.

III. — Traitement radiothérapique

Par Albert BADOLLE (Lyon)

La radiothérapie peut être considérée à l'heure actuelle comme le traitement le moins traumatisant pour la femme et, à coup sûr, comme le moins dangereux. Contre lui, il n'y a ni mortalité opératoire, si réduite soit-elle, ni complications phlébitiques, ni nécrose des organes voisins

Sa facilité d'application, sans hospitalisation, sans immobilisation d'aucune sorte, sans acte douloureux, sont des avantages importants pour la femme qui n'a pas à interrompre ses travaux. Grâce à la sûreté de la technique actuelle, nous sommes à même de réaliser la ménopause artificielle d'une façon à peu près mathématique après deux ou trois retours de règles et au prix de quelques bouffées de chaleur.

Toutes les statistiques sont concordantes, depuis celles de Beclère, jusqu'à celle que nous présentons aujourd'hui, qui comporte 87 % de succès.

Ce que l'on a appelé les « échecs » de la radiothérapie, ce sont, en réalité, des erreurs de diagnostic ou des erreurs de technique. Avec la majorité des radiologistes, nous considérons que l'indication principale de la radiothérapie est le *F. hémorragique banal sans complication chez la femme d'un certain âge, soit 70 à 80 % des cas.* Pour les autres variétés, il y a des indications d'opportunité à discuter.

La disparition de tout risque cutané, illusoire, des adhérences, l'extrême rareté d'une dégénérescence ultérieure ne laissent plus de place aujourd'hui qu'à des objections de principe.

(A suivre.)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES VETERINAIRES

9 juillet. — M. MULOT. — Les vitamines dans la ration des animaux.

M. PITRE. — La sécrétion sudorale chez le cheval.

M. LOTTIN. — Le rachitisme du poulain.


EVONYL
COMPRIMÉS DRAGÉIFIÉS
Composition
SYNERGIE VÉGÉTALE et OPOTHÉRAPIQUE
Indications
(Double action FOIE ET INTESTIN) Affections hépato-biliaires, Cholécystite, Ictére, Congestions hépatiques, Lithiases, Angiocholite, Constipation aiguë et chronique, Hypertension.
Posologie
2 dragées, tous les soirs, au repas.
Enfants : demi-dose.
LABORATOIRES FLUXINE
VILLEFRANCHE (RHÔNE)


VITAMINE B1
aneurine cristallisée
BÉNERVA
"ROCHE"
TOUTES LES HYPOVITAMINOSES B1
POLYNÉVRITES · NÉVRITES · ALGIES
TROUBLES CARDIO-VASCULAIRES
AUTO-INTOXICATIONS · ZONA
TRAITEMENT DES AFFECTIONS NEUROLOGIQUES
DOSAGE NORMAL
AMPOULES
DOSAGE FORT
Ampoules de 1cc. dosées à 2 milligrammes
Boite de 6
1 ampoule tous les jours ou tous les 2 jours et plus (voie sous-cutanée)
Ampoules de 1cc. dosées à 10 milligrammes
Boite de 3
ampoules tous les 2 ou 3 jours et plus (voie sous-cutanée)
COMPRIMÉS
dosés à 1 milligramme
Flacon de 20
1 à 4 comprimés par jour selon les cas.
Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie. 10, Rue Crillon. PARIS (8)

INTERETS PROFESSIONNELS

La profession médicale en danger

Nos journaux professionnels ont donné des extraits de l'ordonnance du 19 octobre (« Journal Officiel » du 20 octobre 1945) « fixant le régime des assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles ». Cette ordonnance mérite dans son ensemble une lecture attentive, car son application doit entraîner un bouleversement complet des conditions d'exercice de la médecine.

Il faut en effet se rappeler que « désormais tous les salariés et assimilés seront soumis obligatoirement aux assurances sociales, quel que soit le montant de leur rémunération... Cette innovation marque le premier pas dans la voie d'une extension des assurances sociales à l'ensemble de la population ». C'est dire que la réglementation des soins aux assurés sociaux s'appliquera dans un avenir sans doute proche à la population tout entière.

L'article 10 de l'ordonnance précise que les tarifs des honoraires et frais accessoires dus aux praticiens et aux auxiliaires médicaux par les assurés sociaux sont établis par les syndicats de chaque catégorie professionnelle intéressée ; ils doivent, avant d'être applicables, être inscrits dans une convention conclue entre les caisses régionales de sécurité sociale et les syndicats, et approuvée par une commission nationale dans laquelle les représentants des praticiens n'entrent d'ailleurs que pour un tiers.

Des majorations d'honoraires sont acceptées pour des actes accomplis dans des circonstances spéciales ou par certaines catégories de praticiens ; la nomenclature qui doit paraître prochainement déterminera les conditions d'application de ces majorations.

Ainsi l'acte médical est tarifé, toutes réserves faites sur certaines majorations qui seront elles-mêmes réglementées, rigides, et établies par le ministère, et non par les médecins. Tout praticien qui demande à un assuré des honoraires supérieurs à ceux fixés par le tarif peut être passible de sanctions. **L'entente directe,** qui est un des principes de la Charte médicale, **n'existe donc plus.**

L'article 8 précise que « l'assuré choisit librement son médecin ». Cela est vrai lorsqu'il s'agit d'une maladie de courte durée. Mais ce libre choix est singulièrement réduit dans le cas d'une longue maladie ; c'est ce qui résulte clairement de l'article 33. Tout assuré ou membre de la famille de l'assuré doit, « avant l'expiration du troisième mois de la maladie, faire l'objet d'un examen spécial auquel il est procédé conjointement par son médecin traitant et par un médecin-conseil des assurances sociales, en vue de déterminer le traitement spécial dont l'intéressé doit faire l'objet. En cas de désaccord, il est procédé à un nouvel examen par un expert désigné par les deux médecins ou, à défaut d'accord, par le directeur régional de la Santé sur une liste établie par lui, après avis du ou des syndicats professionnels intéressés et du Conseil d'administration de la caisse régionale de sécurité sociale... L'avis technique de l'expert **ne peut faire l'objet d'aucun recours** ».

C'est donc **la consultation obligatoire avec un médecin imposé au malade et au médecin traitant,** et dont l'avis ne peut pas être discuté. Bien plus, précise l'article 36, le malade perdra tout droit aux prestations qui lui sont attribuées (couverture des frais de maladie, etc.), s'il ne se soumet pas aux traitements et mesures de toute nature prescrits par les autorités médicales compétentes.

Est-ce donc là le libre choix, autre principe essentiel de la Charte médicale ?

Quant à **la liberté de prescription,** elle est menacée, elle aussi : elle l'est par cette consultation obligatoire en cas de longue maladie, puisque le patient est obligé de se soumettre au traitement indiqué par l'expert ; elle l'est aussi par l'article 9 dont le texte est aussi vague qu'inquiétant : « Les médecins sont tenus, dans toutes leurs prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement. »

Tels sont les points principaux qui me semblent devoir retenir l'attention. Il en est d'autres, de moindre importance. Par exemple, il est dit à l'article 14 que, pour le remboursement des analyses, examens de laboratoire, intervient un tarif fixé par arrêté du ministre du Travail et de la Sécurité sociale ; il n'est pas question du ministre de la Santé, qui pourrait pourtant être intéressé par la question. La lecture de l'ordonnance aussi bien de l'exposé des motifs que des différents articles, permettrait de faire nombre d'autres remarques. Tenons-nous en à l'exposé que je viens de faire.

La profession médicale ne perd-elle pas son caractère de profession libérale ? Sans doute l'esprit y prendra encore plus de part que le corps ; mais la liberté de jugement, la liberté de diagnostic, la liberté de décision thérapeutique, sont, comme nous l'avons vu, gravement diminuées. Quant à la question des honoraires elle est réglée de telle sorte qu'il ne s'agit plus d'honoraires au sens élevé du mot, mais d'un simple salaire, taxé par des règlements comme l'est le prix du pain.

A la vérité, ce n'est peut-être pas là l'essentiel. Ce qui importe, c'est de savoir si la santé publique sera mieux protégée et si les malades seront mieux soignés.

Dans le cas d'une maladie de longue durée, le médecin traitant ne sera-t-il pas porté à perdre à la fois le sens de la responsabilité et l'esprit d'initiative, alors qu'il sait que bientôt une consultation lui sera imposée avec un médecin, imposé lui aussi, et qui ne sera choisi ni par lui ni par le patient ?

Et s'il s'agit d'une maladie aiguë, plus courte, n'aura-t-il pas tendance, avec cette tarification des actes médicaux, à multiplier ceux-ci, au détriment parfois de leur valeur, puisqu'il hésitera à majorer, comme il serait légitime de le faire, un examen plus long et difficile ?

Les entraves apportées à la liberté de prescription ne feront que causer une gêne nouvelle dans les soins à donner.

Sans doute le plus grand nombre de nos confrères continueront, dans des conditions difficiles, à exercer leur profession, même diminuée, avec la conscience, la probité et le dévouement qui sont leur honneur. Mais pourtant on ne peut pas se dissimuler que parmi nous, il se glisse, comme dans les autres corporations, des hommes de caractère faible, qui se tiendraient dans la droite ligne s'ils ne subissaient pas la tentation, et d'autres aussi de moralité médiocre. Ne risquera-t-on pas alors de voir se multiplier les **lions de caisse ?** Ce ne serait pas un fait nouveau ; et nous en connaissons les méfaits dans un autre pays, l'Allemagne. Et l'Alsace-Lorraine, qui jouit encore de ce régime, demande instamment à rentrer dans l'ordre français.

Voilà donc une ordonnance qui semble modifier seulement le régime des assurances sociales, et qui, en réalité, va transformer complètement notre profession : tarifs des honoraires, modalités des consultations, caractère impératif des prescriptions faites par un expert juge sans appel, suppression de l'entente directe, diminution de la liberté de prescription et du libre choix, n'en est-ce pas assez pour nous émouvoir ? N'oublions pas que, dans un domaine tout à fait différent, l'abus de la taxation a singulièrement favorisé le marché noir ; nous n'en sommes pas là, heureusement. Mais nous redoutons, si aucune modification n'est apportée à ce texte, l'abaissement de la profession, de la valeur des soins donnés, et de la moralité médicale.

H. GRENET.

Conseil Supérieur des médecins

Le Conseil supérieur des médecins a tenu sa 3e session les 12 et 13 octobre 1945, sous la présidence de M. le Docteur Coutela.

Ordonnance du 24 septembre 1945. — Après une allocution de M. le Docteur Coutela et le compte rendu du Dr Pluchet, le Conseil supérieur a étudié l'ordonnance du 24 septembre 1945 créant l'Ordre des médecins. Un certain nombre de critiques ont été faites dont les principales sont les suivantes :

Article premier (indiquant les conditions d'inscription à l'Ordre des médecins et en exemptant les médecins fonctionnaires). — Le Conseil supérieur a décidé de demander au ministre de la Santé de ne dispenser de l'inscription au tableau que les médecins fonctionnaires d'autorité et a émis un vœu qui a déjà été publié dans la Presse.

Art. 22. — Sans changement.

Art. 33 à 38. — Il n'est pas prévu de président pour le Conseil régional. La durée des fonctions des membres du Conseil régional n'est pas fixée. Il y aurait lieu d'adjoindre un conseiller juridique (magistrat ou avocat) et de spécifier que les décisions seront assurées par le préfet et par le procureur de la République concurremment avec le Conseil départemental et le Conseil régional intéressé.

Article 40. — Le nombre des membres du Conseil supérieur est insuffisant. Fixé à 24 membres dont un par région, le département de la Seine, qui compte plus de 7.000 médecins, soit le quart de tous les

médecins de France, n'a que trois représentants, nombre trop restreint pour assurer la présence aux différentes commissions et faire les démarches dont sont accablés les membres parisiens du Conseil de l'Ordre.

Toutes ces remarques et d'autres encore ont été transmises au ministère de la Santé.

Exercice de la médecine par les étrangers. — Après discussion d'un rapport du Dr Moutier sur l'exercice de la médecine par les médecins étrangers, le Conseil supérieur émet le vœu suivant :

« Le Conseil supérieur ayant l'assurance que cette ordonnance ne saurait s'appliquer qu'à un petit nombre de situations déjà acquises et non susceptibles d'augmenter ultérieurement ;

Soucieux de maintenir à un niveau élevé la culture générale, la culture française et la culture médicale nécessaires à l'exercice de la médecine ;

Parfaitement conscient de la reconnaissance due aux médecins et étudiants étrangers qui ont volontairement aidé à la libération du territoire ; mais faisant remarquer que, restés chez eux, en pays alliés, certains d'entre eux auraient été astreints au service militaire ;

Demande : 1° Que les facilités données par l'ordonnance du 8 août 1945 soient limitées dans le temps et qu'une date soit fixée pour la cessation de son application ;

2° Que ces facilités ne soient accordées qu'après un contrôle extrêmement sévère des services militaires invoqués et leur soient strictement réservées ;

3° Que ces facilités ne soient accordées qu'après avis favorable d'une commission comprenant des médecins du C. M. R. »

Caisse de solidarité du Corps médical. — Les services du Conseil de l'ordre ont recensé les médecins décédés victimes des Allemands (fusillés, morts dans les camps de concentration) et 141 médecins victimes de la guerre (tués par le feu de l'ennemi ou par bombardements), 24 ont été blessés grièvement, 416 médecins ont été déportés, 355 ont été incarcérés, 759 médecins sinistrés totaux ont été secourus, 295 orphelins de père et 30 orphelins de père et de mère ont été recensés.

La Caisse de solidarité a distribué depuis 1942 près de 11.500.000 francs, qui se décomposent de la façon suivante :

Sommes versées à 326 médecins alsaciens-lorrains : 1.630.000 francs.

Sommes versées par les Conseils supérieur et national : 2.346.000 francs ; par le Conseil supérieur en 1945, 7.400.000 francs.

Le dernier appel fait en 1945 a donné pour les prêts d'honneur : 1.194.000 francs.

Ces sommes sont notoirement insuffisantes pour secourir efficacement les confrères qui ont perdu leur installation professionnelle et assurer l'instruction des orphelins comme leur père aurait souhaité le faire, aussi le Conseil supérieur fait-il encore un nouvel appel à la générosité des médecins.

Office de documentation et de remplacements. — Pendant le premier semestre 1945, cet Office a pu mettre à la disposition des médecins 130 postes médicaux, 119 situations administratives diverses, 149 demandes de remplacements.

Médecine aux colonies. — M. Dournel fait un exposé sur la médecine aux colonies et envisage des mesures à prendre pour permettre que l'exercice de la médecine libre ne soit pas réservée en fait aux médecins fonctionnaires et aux médecins de l'armée.

Réorganisation hospitalière. — M. Oberlin expose la situation hospitalière (hôpitaux et personnel médical), qui résulterait de l'application stricte du décret du 17 avril 1943. Ce décret doit subir des modifications par une nouvelle ordonnance en préparation au ministère de la Santé. Les remarques du Conseil supérieur portant sur la composition du Conseil d'administration des hôpitaux, sur l'organisation des petits hôpitaux, sur leur transformation possible en hôpitaux toutes classes libres, sur le mode des sanctions possibles seront soumises par M. Oberlin à la commission de réorganisation hospitalière au ministère de la Santé.

La discussion s'est poursuivie sur le projet de la nouvelle organisation de l'hôpital Beaujon. Les renseignements concernant cette organisation sont encore contradictoires, il est difficile pour le moment d'en apprécier toutes les conséquences. Mais toutefois il est à craindre, si certaines conditions ne sont pas remplies, que les intérêts légitimes des praticiens et spécialistes locaux aient à en souffrir. Cette opinion du Conseil supérieur a été transmise à la Santé.

Assurances sociales. — Le Dr Drouet qui, en même temps que le Dr Cibrie avait été désignée avant la reconstitution des syndicats, pour représenter le Conseil supérieur des Assurances sociales, fait un rapport sur la première séance plénière de ce Conseil qui a eu lieu le 25 juin 1945. A cette réunion fut exposé le projet de remaniement des Assurances sociales qu'un fonctionnaire du ministère du Travail a présenté comme un heureux acheminement vers la loi allemande des Assurances sociales.

Le Dr Drouet proteste contre l'entente entre Caisses et syndicats médicaux telle qu'elle est incluse dans ce projet qui supprime en fait l'entente directe.

La retraite du médecin. — Le Dr Vauzanges rend compte de ses nombreuses démarches pour la retraite. A sa deuxième session, fin mai, le Conseil supérieur avait décidé à l'unanimité de créer une Caisse autonome de retraite, dirigée par un Conseil d'administration composé en grande majorité par les médecins, qui confiait ses fonds à la Caisse des dépôts et consignations. Dans le courant du mois de juillet, un projet d'ordonnance, ainsi qu'un exposé des motifs concernant cette retraite, fut porté au ministère de la Santé qui l'accepta. Ce projet, rédigé par le Conseil supérieur et accepté par la Confédération des syndicats médicaux, eut rapidement l'agrément du ministère du Travail. Mais le ministère des finances y fit opposition, ne voulant admettre ni le timbre-certificat, ni le caractère obligatoire.

Le Conseil supérieur a émis le vœu suivant :

« Des obstacles inattendus sont opposés, au dernier moment, à la parution de l'ordonnance concernant la retraite des médecins.

Le projet de cette ordonnance, rédigé par le Conseil supérieur, accepté par la Confédération des syndicats médicaux, avait été présenté par le ministère de la Santé au ministère du Travail qui l'avait approuvé.

Devant ce retard, le Conseil supérieur est unanime à affirmer la ferme volonté de continuer les démarches pour faire aboutir un tel projet, ainsi que lui en donne le droit l'ordonnance du 11 décembre 1944, droit qui est reconnu au Conseil national par l'ordonnance du 24 septembre 1945. »

Depuis la réunion du Conseil supérieur, le 19 octobre 1945, paraissait à l'« Officiel » une ordonnance signée du ministre des Finances créant une Caisse de retraite pour les journalistes où tous les articles de notre projet sont reproduits (prélèvement sur la vente des journaux au profit de la Caisse, obligation et même nécessité pour les journalistes d'abandonner leur contrat avec les Assurances privées). Le Conseil restreint a adressé immédiatement une lettre de protestation au ministère.

Dès la constitution du gouvernement, le Conseil supérieur reprendra ses démarches et il a le ferme espoir, justement en raison de cette retraite des journalistes nouvellement instituée, de vaincre l'opposition incompréhensible du ministère des finances.

Commission de protection des intérêts des médecins prisonniers et déportés

En vertu des récentes dispositions prévoyant la constitution et la distribution éventuelle de prêts de démarrage consentis aux médecins anciens prisonniers, déportés et facultativement aux autres médecins victimes de la guerre, les confrères qui seraient désireux de bénéficier, dans la mesure du possible, de ces attributions, sont priés de se faire connaître, avant le 15 décembre au plus tard, au Conseil supérieur des médecins, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (7e), en précisant la somme qu'ils voudraient obtenir et les renseignements qu'il leur paraîtrait opportun de fournir sur leur situation.

Les pneumatiques pour les médecins

Des promesses, nous en avons, des pneumatiques, on en voit moins. Aussi faut-il approuver la vigoureuse campagne ouverte à la Confédération des syndicats médicaux par notre confrère le Dr Robert (d'Issoudun).

Notre confrère continue inlassablement sa campagne et le 21 octobre, il a fait voter à l'unanimité par le Syndicat des médecins de l'Indre un ordre du jour protestant contre la carence des pouvoirs publics « qui ne fournissent pas aux médecins les moyens indispensables pour accomplir leur mission ».

INFORMATIONS

(Suite de la page 386)

Envoi d'enfants de médecins en Suisse

Grâce à l'initiative généreuse du Dr d'Ernst, de Genève, a été fondée en Suisse l'Aide aux enfants de médecins victimes de la guerre (A.S.E.M.), qui a pour but de recevoir, pour une durée de 3 mois dans des familles de médecins suisses, 150 enfants de médecins français, non malades, mais fatigués et ayant besoin d'une bonne nourriture.

Les convois se rendant en Suisse sont organisés par la Croix-Rouge suisse.

Les demandes sont centralisées par Mme Maurice Fabre, membre du Conseil d'administration de la Société de secours aux Femmes et Enfants de Médecins (F.E.M.), 1, rue Jules-Lefebvre, Paris (9e).

L'Assemblée générale du syndicat national des médecins électro-radiologistes qualifiés aura lieu le dimanche 9 décembre à 9 h. 30 très précises, à l'hôpital des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau. Métro : Denfert-Rochereau.

Dr Delherm, président ; Dr Aimé, secrétaire général.

Comité médical franco-chinois. — Son Excellence l'ambassadeur de Chine en France a donné, le 10 novembre, une réception intime en l'honneur du Comité médical franco-chinois. Sous la présidence de M. Hartmann, ce comité culturel comprend MM. Baudouin, Brumpt, Champy, Justin-Besançon, Lemaître, Pasteur Vallery-Radot, Tréfouël.

Cours

Faculté de médecine de Paris

Clinique des maladies des enfants, 149, rue de Sèvres, Paris (15e). — 1er décembre, 9 h. : Les laits industriels (I), par M. Mozziconacci. — 3 décembre, 9 h. : Acrodynie, par M. Thieffry. — 4 décembre, 9 h. : Atélectasie, par M. S. Kaplan. — 5 décembre, 9 h. : Emphysème pulmonaire, par M. S. Kaplan. — 6 décembre, 9 h. : Asthme, par M. S. Kaplan. — 7 décembre, 10 h. 30 : La cystinose (II), par M. le Professeur Robert Debré. — 8 décembre, 9 h. : Laits industriels (II), par M. Mozziconacci. 10 décembre, 9 h. : Bronchiectasie, par M. Brissaud. — 11 décembre, 9 h. : Coqueluche par M. G. Sée. — 12 décembre, 9 h : Malformations cardiaques, par M. Minkowski. — 13 décembre, 9 h. : Tumeurs du rein, par M. Lauret. — 14 décembre, 10 h. 30 : La poliomyélite (I), par M. le Professeur Robert Debré. — 15 décembre, 9 h. : Alimentation du sevrage à 2 ans. — 17 décembre, 9 h. : Obstruction urinaire, par M. Lauret. — 18 décembre, 9 h. : Rhumatisme articulaire aigu, par M. P. Grenet. — 19 décembre, 9 h. : Rhumatisme chronique et maladie de Still. — 20 décembre, 9 h. : Appendicite, par M. Œmichen. — 21 décembre, 10 h. 30 : La poliomyélite (II), par M. le Professeur Robert Debré. — 22 décembre, 9 h. : Classification des troubles digestifs du nourrisson, par M. Mozziconacci.

Conférence. — Le Dr Hartmann, ophtalmologiste des hôpitaux de Paris, professeur d'ophtalmologie adjoint à l'Université Colombia, fera le vendredi 30 novembre 1945, à 20 h. 30, à la Maison de la Médecine, 15, avenue de l'Observatoire (6e), une conférence sur : « La médecine aux Etats-Unis ».

Faculté de droit de Paris. Institut de criminologie. — Le professeur Laignel-Lavastine commencera son cours de psychiatrie médico-légale à la Faculté de droit le vendredi 23 novembre 1945, à 11 heures, amphithéâtre n° 3, et le continuera tous les vendredis à la même heure.

Programme du cours. — 23 novembre 1945 : Expertise psychiatrique. — 30 novembre : Capacité pénale. — 7 décembre : Réactions antisociales des alcooliques. — 14 décembre : Réactions antisociales des toxicomanes. — 21 décembre : Réactions antisociales des délirants. — 4 janvier 1946 : Réactions antisociales des déments. — 11 janvier : Réactions antisociales des périodiques, des hystériques et des épileptiques. — 18 janvier : Réactions antisociales des paranoïaques. — 25 janvier : Réactions antisociales des déséquilibrés. — des pervers instinctifs et des obsédés. — 1er février : L'homicide pathologique. — 8 février : Limites du vol morbide. — 15 février : Attentats aux mœurs. — 22 février : Criminalité juvénile, militaire et coloniale.

Nécrologie

Après une période de douloureuse incertitude, on confirme la mort du docteur Lévy-Valensi, professeur de clinique des maladies mentales, médecin des hôpitaux de Paris, officier de la Légion d'honneur, croix de guerre, mort pour la France, assassiné par les Allemands au camp d'Ausschwitz.

Une cérémonie religieuse a eu lieu le 28 novembre au Temple israélite de la rue de la Victoire.

Nous apprenons avec une vive peine la mort, survenue à Paris, le 26 novembre 1945, de M. Paul Bar, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris, accoucheur honoraire des hôpitaux, commandeur de la Légion d'honneur.

M. Bar était âgé de 92 ans, il était le doyen des membres de l'Académie de médecine, à laquelle il appartenait depuis 1907. Il avait présidé l'Académie en 1926.

Anniversaire

Le 19 novembre une messe a été célébrée, à la Trinité, à la mémoire du Dr F. Jayle.

Le 20 novembre une messe a été célébrée, à Saint-Pierre du Gros-Caillou, à la mémoire du Dr J.-B. Buvat.

Le 20 novembre a eu lieu, en l'église Saint-Pierre de Chaillot, une messe anniversaire à la mémoire du professeur Pierre Nobécourt.

Le 23 novembre un service a été célébré à Saint-Laurent, à Paris, à la mémoire de Clément Roch, externe des hôpitaux de Paris, sous-lieutenant F.F.I., fusillé par les Allemands le 22 août 1944.

LIVRES NOUVEAUX

Phtisiologie du médecin praticien, par M. Bariéty, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu et G. Brouet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. Préface du professeur Troisier. Un volume de 420 pages, avec 199 figures (Collection du médecin praticien). 160 fr. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

Qu'est-il indispensable, aujourd'hui, de connaître de phtisiologie dans la pratique journalière ? Que nous montre, en dehors de toute théorie, la réalité clinique ? Quels arguments peut-on tirer de l'examen du malade, d'une image radiologique, d'un résultat de laboratoire pour le diagnostic, le pronostic et le traitement ? Quelles sont les incidences médico-sociales de la maladie tuberculeuse ? Le but des auteurs est de répondre à toutes les questions d'ordre médical et social que peut poser le médecin en face d'un tuberculeux.

Ce livre, illustré de 200 schémas originaux, présente une étude clinique approfondie de la tuberculose pulmonaire telle qu'elle est soignée dans les services spécialisés de phtisiologie et dans les sanatoriums, rien n'y a été omis qui puisse être utile au médecin pour découvrir la maladie, la soigner, la prévenir.

I. Les règles fondamentales du diagnostic.

Premier contact du malade avec son médecin. Les possibilités de l'examen physique. Ce que le médecin peut demander à la radiologie. Ce qu'il doit exiger du laboratoire.

II. Les principaux aspects de la tuberculose pulmonaire.

La primo-infection tuberculeuse. — La tuberculose pulmonaire commune. — Les tuberculeux fibreux. — Formes aiguës pneumoniques et broncho-pneumoniques. — Les tuberculoses miliaires. — Les pleurétiques. — Le pneumothorax spontané. — Les incidences de divers facteurs sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire.

III. Le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Le pneumothorax artificiel. — Autres méthodes collapsothérapiques. — La cure hygiéno-diététique. — Les traitements généraux. — Le médecin devant les symptômes. — La prophylaxie de la tuberculose.

IV. La tuberculose maladie sociale.

L'armement antituberculeux français. — Le tuberculeux et la société. — Liste des sanatoriums, préventoriums et dispensaires.

La synthèse électrique de la médecine chinoise et de l'homœpathie. Le traitement des surdités et de la douleur par l'acupuncture diathermique homœpathique, par le Dr de la Fuye.

1 volume 20×15 cm., 51 pages : 30 fr. Maloine, éditeur, Paris.

Le traitement des accidents du travail, par les Docteurs J. Boudreaux, A. Hanaut, M. Iselin et Ch. Duvelleroy (secrétaire de rédaction). Librairie Médicis, éd., 1 vol. in-octavo, 163 pages, 81 fr. Publié par les soins de la Fondation française pour l'étude des problèmes humains.

Ce manuel envisage, à l'usage du praticien, tout ce qui concerne l'organisation d'un service médical des accidents du travail et la technique même de ces soins. Les auteurs délimitent leur sujet comme une chirurgie « petite par les soins qu'elle dispense, mais grande par ses conséquences humaines, sociales et économiques ». Il s'agit de petits accidents du travail, c'est-à-dire tous les accidents ne provoquant pas de chômage, n'entraînant qu'une incapacité provisoire, de courte durée (inférieure à trente jours).

L'introduction apporte des renseignements généraux sur l'organisation des soins ; elle définit les attributions du médecin et de ses divers auxiliaires, donne des indications pratiques pour l'aménagement et l'équipement de l'infirmerie, et résume la procédure administrative en matière d'accidents du travail.

L'ouvrage se divise en quatre parties : la première partie (traumatismes fermés), passe successivement en revue les contusions, les entorses, les luxations, les fractures, les lumbagos. La deuxième partie, relative aux plaies, souligne d'abord l'importance du traitement chirurgical, aborde la façon de concevoir et de surveiller les pansements, la prévention du tétanos, le problème des plaies infectées et traînantes, les complications des plaies, puis examine toute une série de cas particuliers, selon la localisation. Les plaies des mains et des doigts font l'objet de tout un chapitre ; développement justifié, puisqu'elles représentent 40 % de la totalité des plaies et correspondent à 60 % des invalidités. Leurs multiples aspects et le traitement dans les divers cas sont examinés et illustrés de schémas faciles à lire. La troisième partie, qui a trait aux spécialités, est divisée en trois chapitres. Celui d'ophtalmologie est rédigé par le Dr Offret, celui d'oto-rhino-laryngologie par le Dr Bosdeveix, et celui de stomatologie par le Dr Chaput. Enfin, un appendice est consacré aux soins d'urgence dans les accidents graves.

Véritable synthèse de renseignements puisés à des sources multiples, s'appuyant sur l'expérience, cet ouvrage sera pour le médecin du travail un guide à la fois commode et sûr.

Les dispositifs interstitiels de tension dans le poumon. Leur histophysiologie normale et pathologique, par Félix Muller. Un volume de 100 pages, avec 13 figures et 4 planches, 50 francs. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

Exposé critique de nos connaissances sur le système fibro-élastique interstitiel du poumon chez l'homme.

Les modifications apportées à la fonction de ce tissu modifient de diverses façons le jeu de la respiration. D'autre part, ce tissu interstitiel, riche en voies lymphatiques, constitue la voie essentielle de cheminement de la plupart des processus pathologiques inflammatoires ou infectieux. La plupart des affections pulmonaires, nées dans les alvéoles, au niveau de la surface respiratoire se propagent par le tissu interstitiel exactement comme cela se passe dans tous les organes.

Cancérologie clinique et pratique, par Léon Imbert, directeur honoraire du centre anticancéreux de Marseille. Préface du professeur Roussy. Un volume de 292 pages, 70 francs. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

L'auteur, dont le nom a été entièrement lié au cours des dernières années à la lutte entreprise en France contre le cancer, fait connaître ce qu'il pense des différents problèmes posés par l'étude du cancer et par l'observation des cancéreux. Son travail est basé sur l'étude des résultats enregistrés par les centres anticancéreux depuis environ 15 ans. Il a revu personnellement toutes les observations et reste strictement dans ce livre sur le terrain clinique.

I. Notions générales sur le cancer. — II. Les cancers les plus fréquents, les moins fréquents. — III. Les sarcomes et leurs dérivés : formes, classement histologique, clinique, traitement. — IV. Les enseignements de la clinique.



Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VII[e]). Dépôt légal. — 1945. — 4[e] trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd.

N° 24. — 15 DECEMBRE 1945 118e ANNEE Ce numéro : 7 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 150 fr. Etudiants, 75 fr.; Etranger, 225 et 270 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Concours spécial de médecin des hôpitaux (4 pl.). — On été nommés : MM. Uhry, Lièvre, Hamburger, Schwob.

Concours spécial de chirurgien des hôpitaux (1 pl.). — A été nommé : M. Baumann.

Concours pour la nomination à une place d'assistant d'ophtalmologie des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 7 janvier 1946, à 9 heures, à l'Administration Centrale, salle du Conseil de surveillance, 3, avenue Victoria, 2e étage.

Cette séance sera consacrée à l'épreuve théorique écrite.

MM. les Docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration Centrale 3, avenue Victoria (escalier A, 2e étage), tous les jours (samedis, dimanches et fêtes exceptés), de 14 à 17 heures, depuis le vendredi 30 novembre jusqu'au lundi 10 décembre 1945 inclusivement.

Hôpitaux d'Orléans

Un concours d'internat en médecine pour les hôpitaux de la région d'Orléans aura lieu à l'hôpital-hospice d'Orléans, le 21 janvier 1946, à 9 heures.

Pour tous renseignements s'adresser à M. le Directeur régional de la Santé et de l'Assistance de l'Orléanais, 26, boulevard Alexandre-Martin, à Orléans.

Facultés de province

Bordeaux. — Institut de Kinésithérapie. — La « Gazette des Hôpitaux » a déjà annoncé (n° 9, 1945, p. 129), le décret du 13 avril 1945 portant création à l'Université de Bordeaux, d'un Institut de Kinésithérapie relevant au point de vue scientifique de la Faculté de Médecine de Bordeaux. Cet institut, le premier en France, est dû à l'initiative de M. le professeur Rocher. L'enseignement y est assuré par des membres de la Faculté. Il délivre :

1° Un diplôme d'études médicales supérieures de kinésithérapie aux candidats docteurs et étudiants en médecine ;

2° Un diplôme d'Etat de masseur médical aux candidats non médecins, titre qui sera sans doute remplacé par celui de kinésithérapeute.

Pour tous renseignements et inscriptions, s'adresser à M. le professeur H.-L. Rocher, 91, rue Judaïque, à Bordeaux.

Lyon. — M. Paupert-Ravault, professeur titulaire de la chaire de pathologie interne est transféré, à compter du 1er octobre 1945, dans la chaire de clinique médicale (dernier titulaire M. Froment, retraité).

Montpellier. — M. Harant, agrégé pérennisé, est nommé, à titre provisoire, professeur titulaire de la chaire d'histoire naturelle médicale et parasitologie (chaire créée).

Ecoles de Médecine

Nantes. — La rentrée solennelle de l'école a eu lieu le 17 novembre en présence du recteur de l'Université de Rennes, M. Wolff.

Une émouvante cérémonie eut lieu d'abord dans un des laboratoires de pharmacie qui portera le nom d'Hubert G. Caldecott, pharmacien et étudiant en médecine, pris comme otage et fusillé par les Allemands en octobre 1941.

Au nom de Caldecott, il faut ajouter ceux de Christian, Vaillant et Bourmalo morts pour la France en 1940.

Actuellement, au milieu des ruines de la ville, à côté des ruines de l'Hôtel-Dieu, l'école renaît, et c'est avec fierté et confiance que le Dr Auvigne, directeur de l'école, salua les 500 élèves qui, après tant d'épreuves, reviennent à Nantes.

L'école de Nantes demeure le grand centre universitaire de l'Ouest. Avec raison, le professeur Robert Bureau put donc revendiquer pour sa belle école le titre de faculté.

Ministère de la Population

Tel est le nouveau nom du Ministère de la Santé Publique.

Cabinet du ministre. — En succédant à M. Billoux, passé à l'Economie Nationale, M. R. Prigent a constitué ainsi son cabinet : directeur, Dr Jean Cayla ; chef de cabinet, M. Georges Desnottes ; chef adjoint, M. François Wattine ; secrétaires particulier : Mlle Geneviève Archambault ; attachés : MM. les Drs Brunel, Péquignot, Jean Trémolières et Claude Zimmern ; attaché de presse : Mlle Geneviève Ménager ; chargé de mission : M. le Dr Maurice Mayer.

Travail

Mission. — Le Dr Hector Descomps est chargé de mission au cabinet du ministre.

Remise d'une épée d'honneur au professeur Henri Hartmann

Les élèves et les amis du professeur H. Hartmann, désireux de lui manifester leur admiration et leur attachement, ont décidé, à l'occasion de son élection à l'Académie des Sciences, de lui offrir une épée dont l'exécution a été confiée au maître Subes.

Les souscriptions fixées à 300 francs sont reçues par M. Georges Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, Paris-6e. Compte chèques postaux Paris 599.

Médaille du Dr Louis Bazy

A l'occasion de sa récente élection à l'Académie de Médecine, les amis et les élèves du Dr Louis Bazy, sont désireux de lui offrir une médaille due au talent du maître Dropsy.

Tout souscripteur d'une somme de 300 francs recevra une réplique de la médaille.

Les souscriptions sont reçues par M. G. Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, Paris-6e. Chèques postaux, Paris 599.

Hommage au Dr Ameuille. — Le docteur Ameuille doit quitter prochainement

son service de l'hôpital Cochin. Ses élèves et ses amis désireux de lui témoigner leur affection, vont lui offrir une médaille dont l'exécution a été confiée au sculpteur Philippe Kaeppelin.

Adresser les souscriptions au trésorier, M. Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris-6e. Chèques postaux Paris 599.

Nécrologie

Le Dr Henri Claude, professeur honoraire à la Faculté de Médecine, médecin honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de Médecine.

Le Dr Stéphane Bonnamour, méd. hon. des hôp. de Lyon.

Le Dr Léon Nové-Josserand, méd. hon. des hôp. de Lyon, frère du professeur Gabriel Nové-Josserand.

Le Dr Henri Violet, ancien chef de clinique gynécologique à la Faculté de Medecine de Lyon.

Le Dr Jean Rovéanu, à Neuilly-sur-Seine.

Dr Larralde, décédé à Montevideo, le 17 octobre 1945.

Morts pour la France

— Une cérémonie a eu lieu le vendredi 23 novembre 1945, en souvenir du Dr Léon Zadoc-Kahn, ancien chef de clinique médicale à la Faculté, médecin-chef honoraire de l'hôpital de Rothschild, et de Mme Lène Zadoc-Kahn, assassinés à Auschwitz, le 23 novembre 1943.

— Le Dr Victor Nessmann, mort pour la France, victime de la barbarie allemande, en janvier 1944, à Limoges.

Renseignements

INTERETS PROFESSIONNELS

Union de la presse médicale française

L'Union de la presse médicale française,

Devant la création constante de nouveaux quotidiens ou périodiques d'information générale, dont la gamme très étendue va jusqu'à comprendre des journaux spécialisés dans l'humour ou la loufoquerie,

— Rappelle aux pouvoirs publics responsables que la presse médicale française reçoit actuellement dans son ensemble un contingent de papier égal à 15 % de sa consommation de 1938-1939 ;

— Constate l'impossibilité pratique où elle est de remplir utilement sa mission informatrice et éducatrice auprès du corps médical, à une heure où cette mission présente cependant plus que jamais un caractère de nécessité publique ;

— Se refuse à comprendre, étant donné les faits rappelés ci-dessus, que les demandes d'augmentation présentées par ses ressortissants puissent être purement et simplement repoussées, motif pris du manque de papier ;

— Prend acte des déclarations faites le 15 novembre dernier, au nom du ministre de l'Information, par le directeur de la presse au secrétaire général de la commission ministérielle de la presse médicale, déclarations selon lesquelles le Ministère de l'Information « a attiré l'attention toute particulière des services de la Production industrielle sur la situation néfaste qui est faite à la presse scientifique par suite de l'insuffisance du contingent dont nous disposons » ;

— Compte qu'avant toute augmentation nouvelle des attributions de papier faite à la presse générale, il sera donné satisfaction aux légitimes revendications de la presse scientifique dans son ensemble, et en particulier à celles de la presse médicale française.

(Ordre du jour voté à l'unanimité, le 29 novembre 1945.)

Pour les attributions d'essence et de pneus

Le 29 novembre dernier, sur une convocation du Conseil des médecins du département de la Seine, 2.000 médecins parisiens, conduits par notre confrère le Dr Bernard Lafay, conseiller municipal de Paris et conseiller général de la Seine, se sont rendus à la Préfecture de Police.

Malgré un embouteillage qui a amené quelques arrestations non maintenues, une délégation a pu être reçue par M. le Préfet de Police qui a laissé espérer aux médecins une attribution d'essence et de pneus plus en rapport avec les services rendus à la population parisienne.

Fédération des syndicats médicaux de l'Eure

Dans son assemblée générale du 25 novembre 1945 « le syndicat des médecins de l'Eure, connaissance prise de l'ordonnance du 19 octobre 1945 sur les assurances sociales, regrette que la confédération ait accepté dans ces conditions la collaboration avec ces organismes, décide de refuser le tarif limitatif et de n'engager sur cette base aucune conversation avec les caisses d'assurances sociales ».

CHRONIQUE

L'exposition de la pénicilline

Le 7 décembre, au Palais de la Découverte, le recteur Roussy inaugurait l'Exposition de la Pénicilline, en présence de S. E. M. Duff Cooper, ambassadeur britannique, de M. C. A. Eage, représentant l'ambassadeur des E. U., des ministres de l'Education Nationale et de la Population, des professeurs Tréfouël, Gabriel Bertrand, Pasteur Vallery-Radot et Mondor et du colonel Debenedetti, directeur général du service de santé.

Les organisateurs ont été grandement aidés par les autorités britanniques et américaines, par l'Institut Pasteur et le Service de Santé.

L'exposition retrace l'histoire de la découverte de Sir A. Fleming et des travaux des savants de Londres et d'Oxford, l'immense effort anglo-américain pour une fabrication massive et l'effort plus récent et déjà efficace de l'industrie française. Graphiques et photographies montrent la place prise par la pénicilline dans la thérapeutique de guerre et de paix et la topographie des centres français de traitement.

De précieux documents personnels aimablement prêtés par Sir A. Fleming contrastent avec les impressionnantes usines d'outre-mer dont ils sont le premier germe. Une réduction du matériel de la jeune industrie française civile et militaire, atteste de son côté la persistance, dans la France appauvrie, du sens de l'effort et de l'aptitude à s'engager dans les voies nouvelles.

P. L.

QUELQUES NOTIONS GÉNÉRALES SUR LE TRAITEMENT INITIAL DES BLESSÉS PLEURO-PULMONAIRES A L'AVANT

Par le Médecin Lieutenant-Colonel BRAINE
Chirurgien consultant de la 1re armée française

Une première notion domine, à mon avis, la conduite à tenir vis-à-vis des blessés pleuro-pulmonaires, c'est la nécessité d'immobiliser aussi tôt et aussi complètement que possible les blessés, en position demi-assise, après occlusion soigneuse de leur plaie pariétale. Cela ne veut pas dire qu'il faille s'en tenir là, qu'il faille traiter systématiquement par l'abstention opératoire les blessés du poumon et se refuser à pratiquer chez eux des thoracotomies exploratrices quand il y a lieu ; mais il a été maintes fois constaté, surtout quand on n'était pas outillé pour faire à l'avant de la chirurgie thoracique parfaitement correcte, que mieux valait abandonner des tendances trop offensives et recourir, dans la majorité des cas de blessures du thorax non immédiatement menaçantes, à l'immobilisation étroitement surveillée. Il faut éviter à ces blessés, autant qu'il est possible et plus qu'à tous les autres, les longs transports sur les mauvaises routes et les évacuations précipitées, multipliées, en « cascade », qui font saigner nombre de plaies pulmonaires, dont la mise au repos strict et à la morphine auraient assuré, bien souvent, l'hémostase... et la survie.

De fait, lors de la guerre 1914-1918, en des lieux aussi peu propices que l'étaient les Dardanelles ou les montagnes de Macédoine, dépourvues d'installations modèles de réanimation-transfusion, d'appareils d'anesthésie à circuit fermé et... de pénicilline, force nous était de nous contenter d'ordinaire, par nécessité, d'un traitement très abstentionniste chez la plupart des blessés thoraciques : expectative armée, immobilisation surveillée en position demi-assise, morphine à haute dose. Je ne crains guère que nos collègues britanniques me contredisent à ce sujet : ils étaient nos voisins et je les ai vus contraints eux-mêmes à la même conduite, peut-être trop passive, mais seule possible sur certains champs de bataille un peu déshérités et même sur certains autres en cas d'afflux considérable des blessés : cette conduite nous donna pourtant, bien souvent, des résultats heureux, parfois inespérés.

Nous ne voudrions pas faire aujourd'hui figure de retardataire. Le traitement des blessés pulmonaires a fait en 30 ans de considérables progrès ; retenons du moins de cette abstention opératoire de nécessité qu'elle a donné des résultats infiniment meilleurs que certaines entreprises audacieusement multipliées de thoracotomies exploratrices larges, faites en 1917-18, dans de moins bonnes conditions techniques qu'aujourd'hui et que d'aucuns pratiquèrent alors sans mesure. Elles donnèrent des désastres que j'ai vus, trop nombreux pour que j'aie pu les oublier ; ils furent aimablement voilés par les vieilles ruses statisticiennes : il est si facile de s'assurer la complicité des chiffres !

De ces réminiscences de la guerre 1914-18, nous retiendrons simplement ceci :

1. Mieux vaut, dans les plaies de poitrine, pécher par une certaine tendance à l'abstention opératoire plutôt que par un excès d'esprit offensif : il faut proscrire les thoracotomies exploratrices larges trop systématiques.

2. La mise au repos et l'immobilisation des blessés en position demi-assise, sous surveillance vigilante et avec l'aide de la morphine, garde toujours une importance primordiale dans le traitement des plaies de poitrine.

naire qu'il me paraissait bienfaisant de diffuser. Je saisis volontiers l'occasion qui m'est offerte aujourd'hui de la mettre en
tiers l'occasion qui m'est offerte aujourd'hui de la mettre en
lumière devant vous, avec toute la conviction qu'une expérience déjà longue de la chirurgie aux armées n'a fait que renforcer.

Triage, transport
Evacuation des blessés du thorax

Les « thorax fermés », qui constituent la majorité des blessés thoraciques, se classent dans la catégorie des deuxièmes urgences chirurgicales. Les thorax ouverts avec traumatopnée d'une part, les thorax qui continuent à saigner malgré le traitement médical à la réanimation d'autre part, et bien entendu, les thoraco-abdominaux, constituent seuls des premières urgences opératoires.

Ils ne représentent pas la majorité des blessés pleuro-pulmonaires ; ce sont par contre les plus gravement menacés ; ils réclament un secours immédiat.

On ne saurait trop demander à la compagnie de triage et de traitement du bataillon médical de s'attacher à un triage clinique très attentif et très bien fait des blessés thoraciques : seules les premières urgences seront opérées aussitôt aux postes chirurgicaux avancés (formations chirurgicales et groupes mobiles, antennes chirurgicales, situés à l'échelon divisionnaire). C'est dire qu'il convient d'affecter à ces formations de l'avant de très bons chirurgiens, confirmés, avertis, les meilleurs de tous en vérité : c'est à cet échelon avant qu'ils auront à opérer les blessés thoraciques les plus graves, lesquels, à la précédente guerre (pendant la guerre de tranchées en particulier), quand la relève des blessés était moins aisée, mains rapide que dans la guerre de mouvement motorisée actuelle, constituaient un pourcentage important des morts restés sur le champ de bataillé. De même, il faudrait munir ces antennes chirurgicales avancées, tout spécialement les compagnies de traitement des bataillons médicaux, d'une instrumentation convenable, suffisante et permettant d'effectuer correctement la chirurgie des thorax graves : elle leur a été trop parcimonieusement allouée, jusqu'ici. Les blssés de deuxième urgence, les plus nombreux, seront évacués après réanimation et sans que soient multipliées leurs étapes d'évacuation, dans une formation chirurgicale assez éloignée, de préférence spécialisée comme centre de blessés thoraciques, afin qu'ils puissent y être opérés et y séjourner pendant un temps suffisant, au calme complet. On évitera ainsi les évacuations précipitées, trop voisines de la date de l'intervention et qui ont souvent donné des résultats fâcheux. Un blessé thoracique non opéré supporte mieux, en effet, une évacuation, qu'un opéré pleuro-pulmonaire évacué trop tôt après son opération. Un délai de 10 ou même de 15 jours après une intervention thoracique importante constitue, à notre avis, un minimum pour une évacuation sans risque : les délais d'évacuation des thoraciques ne peuvent être que trop raccourcis. Les évacuations en avion ont été fréquemment utilisées durant les campagnes d'Afrique et d'Italie : elles paraissent peu recommandables pour les « thorax » ; elles ont été toutefois bien supportées, en particulier en Tunisie.

Un élément capital du choc des blessés thoraciques étant la douleur, il serait bon d'employer le procédé d'usage courant dans l'armée américaine, d'infiltration des nerfs intercostaux à la novocaïne, en arrière et en avant, du côté blessé.

Réanimation des blessés pleuro-pulmonaires

Si on nous demandait quelle est l'innovation thérapeutique la plus importante et la plus efficace de cette guerre, celle qui a permis de sauver le plus grand nombre de vies humaines, nous n'hésiterions pas à affirmer que c'est la réanimation-transfusion. Elle a été conçue, organisée, outillée entièrement par nos alliés américains, auxquels nous devons une infinie reconnaissance. Qu'on n'aille pas nous dire que tout cela était connu et existait déjà à la fin de la guerre 1914-18. L'organisation systématique de la réanimation-transfusion en services autonomes, sous une direction médicale spécialisée, le passage obligatoire des blessés par ces services, l'équipement de la transfusion et de l'oxygénothérapie avec un matériel très pratique, standardisé, tout cela est une chose entièrement nouvelle, et qui nous vient des U.S.A. Nous ne saurions manifester trop de gratitude à celui qui en fut véritablement le père, au médecin général Cutler ; non content d'être un très grand chirurgien, il s'est montré un organisateur hors de pair ; un nombre considérable de nos blessés lui doivent l'existence. Nous tenons à lui rendre ici un hommage public de profonde reconnaissance.

Dans le cas particulier des blessés pulmonaires, il convient d'être très prudent au point de vue des transfusions ; ces blessés ne les supportent pas toujours bien ; les réanimateurs les plus spécialisés manifestent d'ordinaire une certaine angoisse en pareil cas, surtout pour la phase préopératoire du traitement : celle-ci doit être avant tout à base de morphine, fréquemment inra-veineuse et d'oxygène, ainsi que de toni-cardiaques. L'usage de l'adrénaline et l'éphédrine, préconisé par certains réanimateurs, n'est pas à conseiller : un à-coup de pression peut être fatal pour le blessé thoracique (œdème aigu). *Il ne faut pas trop transfuser avant l'opération, ne pas s'acharner à remonter ces blessés tant que l'hémostase n'est pas faite, ne pas surtout transfuser de plasma en grandes quantités : on riquerait de « laver » les derniers globules existants et de transformer ainsi un choqué en « noyé »* (F. Bolot), avec apparition d'accidents d'œdème aigu : un certain nombre de blessés sont morts de cette façon. A titre hémostatique, quelques petites transfusions (100 à 200 grammes) de sang frais peuvent faciliter l'hémostase avant l'intervention. Les transfusions sanguines massives préopératoires peuvent parfois réanimer suffisamment certains moribonds pour permettre de les opérer, mais le résultat final n'est pas modifié, elles facilitent au contraire la reprise de l'hémorragie ; il faut en faire le moins possible avant l'hémostase opératoire. Il faut

leur préférer les transfusions peropératoires à petites doses, continues (perfusion), effectuées lentement, sur la table d'opération, la canule étant placée dans la saphène ou dans la fémorale. Dans les gros thorax très choqués, il faut procéder avec beaucoup de précautions et éviter surtout les transfusions massives. La transfusion post-opératoire effectuée quand l'hémostase pulmonaire est assurée à coup sûr, retrouve ici tous ses droits ; elle sera faite à de petites doses, de façon continue, ordinairement avec du sang conservé et dilué.

L'oxygénothérapie, pratiquée pendant et après l'intervention et même au cours du transport du blessé, est un moyen de réanimation d'une extrême importance et d'une grande efficacité, d'où l'intérêt qu'il y a à posséder des appareils à circuit fermé.

Une bonne partie des thorax de guerre de notre Première Armée (plus de la moitié dans certaines formations, H. E. 411, par exemple), était des polyblessés, d'où l'importance plus grande encore chez eux de la réanimation pratiquée au cours même de l'intervention.

Exploration radiologique

Il est maintenant classique de dire qu'on recourra de préférence, surtout chez les blessés choqués, à la radiographie : 2 films face et profil, repéreront de façon précise le ou les projectiles et montreront exactement l'étendue des lésions osseuses, ainsi que l'importance de l'hémothorax. Pratiqué en position assise, ou même couchée (U.S.A.), si possible sur la table radio-chirurgicale même, cet examen est plus rapide, il impose une fatigue moindre au blessé que la radioscopie, laquelle localise d'ailleurs moins bien et donne d'ordinaire un repérage insuffisant. Toutefois, la radioscopie avec repérage des éclats suivant la méthode de Prat (de Nice), nous paraît demeurer la méthode de choix à l'avant dans les périodes de grande affluence de blessés, ce qui fut le cas, par exemple, au moment de la bataille de Colmar (médecin capitaine Sourice, H. E. 401) et quand les films se font rares.

Anesthésie chez les thoraciques

Chez les blessés déjà soumis à la morphine, souvent à haute dose, une anesthésie de base est en quelque sorte réalisée d'avance : on pourra toutefois préparer les anesthésies locales des petits thorax par une injection préalable d'une solution telle que la scopolamine-morphine-éphédrine (phlébafine-scophédal, etc.). L'anesthésie locale peut, en effet, suffire pour exciser les orifices pariétaux limités par des plaies thoraciques mineures, sans gros dégâts costaux (plaie par balle ou petit éclat) : bien maniée, elle peut parfois permettre des interventions plus importantes.

L'anesthésie qui paraît la plus recommandable et qui, de fait, fut la plus employée pour les thorax de quelque importance, est le protoxyde d'azote-éther-oxygène, en circuit fermé. La plupart de nos formations chirurgicales disposaient d'appareils à circuit fermé du type de l'Heidbrink américain : des anesthésistes furent très bien entraînés à leur maniement (cours faits par le médecin lieutenant Bisquerra, anesthésiste principal de la 1re armée). L'éther employé seul, par manque de protoxyde, en circuit fermé et même, par nécessité, en circuit ouvert, s'est montré moins mauvais qu'on ne le pense habituellement : il a donné dans l'ensemble de bons résultats.

Le Pentothal n'a été employé qu'exceptionnellement dans les thorax. Certains anesthésistes très entraînés ont associé pour ces blessés le pentothal à l'oxygène en circuit fermé, afin de pouvoir obtenir une « respiration contrôlée » (Kern). Bien manié, le pentothal peut être aussi employé comme anesthésique de base, complété par de l'éther en circuit fermé, chez les sujets qui ne sont pas hyper-vagotoniques. Dans l'ensemble, ce n'est pas l'anesthésique de choix pour les thorax graves.

En tout état de cause, l'administration peropératoire massive d'oxygène, très facilitée par les appareils à circuit fermé, apparaît comme la notion dominante de l'anesthésie des blessés du thorax (Curtillet).

Aux gros thorax largement ouverts avec traumatopnée, l'anesthésie qui convient le mieux est celle donnée sous hyperpression avec intubation intra-trachéale : elle nécessite un anesthésiste bien entraîné. Il conviendrait que toutes les formations puissent disposer de l'instrumentation nécessaire, dont tout anesthésiste d'équipe chirurgicale devrait connaître le maniement.

Principes du traitement opératoire

Nous ne désirons et ne pouvons faire ici un exposé détaillé de la technique opératoire des plaies de poitrine de guerre ; nous nous contenterons d'insister sur quelques directives, parmi les plus importantes. Nous renvoyons à la lecture de la « note technique » pratique et précise, rédigée par le médecin commandant Curtillet, notre prédécesseur comme chirurgien consultant de la 1re armée française (1).

On a coutume de classer les thorax de guerre en deux catégories, thorax ouverts et thorax fermés. S'il est certain qu'un thorax ne peut être théoriquement... comme une porte, qu'ouvert ou fermé, il convient de tenir compte des faits suivants. Une première catégorie est indiscutable : ce sont les blessés à thorax largement ouvert, avec traumatopnée. Dans les thorax dits « fermés »... en apparence, sans traumatopnée, il existe de fait une plaie thoracique plus ou moins masquée par un opercule pariétal cutanéo-musculaire, un trajet en chicane à travers la paroi. Etant donné que le principe formel du traitement est l'excision et le parage de la plaie, celui-ci étant effectué dans ces cas, on découvre une plaie thoracique transpleurale plus ou moins large et devenue soufflante en cours d'intervention : ces thorax en apparence fermés sont en réalité des thorax ouverts. Les seuls cas méritant vraiment, anatomiquement, le nom de thorax fermés, sont les plaies du thorax qui n'intéressent que la paroi, à l'exclusion de la plèvre. Toute plaie thoracique transfixiante lésant la plèvre est donc en réalité un thorax ouvert. Cette notion est très importante à retenir en pratique. Toutefois, en restant sur le plan clinique, nous distinguerons trois catégories de blessés du thorax, toutes trois étant des thorax ouverts, sauf les plaies non pénétrantes de la paroi. Par ordre de gravité et d'urgence opératoire décroissante, ce sont :

I. Les cas graves où l'intervention s'impose immédiatement et dont l'urgence n'est pas à discuter ;

II. Les cas moyens où l'intervention est nécessaire, mais où l'urgence est à discuter, car ils cachent fréquemment de grosses lésions profondes ;

III. Les cas bénins, avec ou sans lésions pleurales mineures, où l'opération ne s'impose pas, du moins d'emblée et pourra être assez fréquemment évitée. Cette classification tout empirique nous paraît, en pratique, répondre assez bien à la réalité des faits.

A. — Les cas graves, à thorax largement ouvert et soufflant (traumatopnée). Ils devront être opérés sans délai, au premier échelon sanitaire. On pratiquera une excision minutieuse et complète des dégâts pariétaux (cutanés, musculaires et osseux). On s'efforcera d'enlever, s'ils se présentent d'emblée, le ou les projectiles accessibles, juxta-pleuraux ou intra-pulmonaires. Les difficultés du problème à résoudre sont de deux ordres principaux :

1° Le comportement vis-à-vis du poumon blessé. Trois cas se présentent au point de vue du poumon :

a) Grosse plaie pulmonaire avec tissu dilacéré. Selon l'importance des lésions pulmonaires, on peut dans les cas les moins étendus se contenter d'exciser les tissus dilacérés et de pratiquer la suture correcte, hémostatique et hermétique de la plaie pulmonaire, ou bien, en cas de dégâts maxima, on peut être amené à pratiquer une lobectomie ;

b) Dans les cas les plus fréquents, il s'agit d'une petite plaie pulmonaire qui paraît ne plus saigner. On vérifiera que l'hémostase spontanée persiste, on ne traumatisera pas inutilement le poumon, sinon on s'engagerait à l'aveugle et non sans danger dans une entreprise très aléatoire ;

c) L'éclat intra-pulmonaire est là, visible et palpable, c'est le seul cas où l'on soit autorisé à l'enlever. S'il n'est pas là, on ne le recherchera pas.

Ces trois éventualités pulmonaires peuvent se rencontrer de même pour les plaies thoraciques plus petites, sans traumatopnée apparente.

2° L'occlusion de la brèche pariétale. Il faut de toute nécessité reconstituer et refermer la cavité pleurale, occlure la paroi, transformer le thorax ouvert en thorax fermé : ce n'est pas toujours la moindre difficulté opératoire. On éprouve parfois beaucoup de peine à refermer la plèvre dans les thorax ouverts par gros éclats. Une chose est certaine : il ne faut pas la laisser ouverte. Trois moyens permettent d'y parvenir :

a) On tentera une autoplastie pariétale avec les muscles de voisinage ;

b) On mobilisera la paroi costale par rapprochement, par ligature des deux côtes voisines, après costotomies mobilisatrices ;

c) Enfin, si on ne peut mieux faire (et ce ne sera là qu'un procédé d'exception, permettant d'aller vite dans les cas très graves ou de siège défavorable, para-sternal par exemple), on recourra au tamponnement par un sac de gaze à la Mikulicz, dans lequel on tassera délicatement des mèches saupoudrées de

---

(1) Direction du service de Santé de la 1re armée française. Note technique n° 19 « Principe du traitement des plaies pleuro-pulmonaires ». Imprimerie de l'Est, à Besançon, 1945.

sulfamides. Ce n'est là qu'un pis-aller, qu'un procédé de nécessité. Il a donné parfois des résultats excellents, inespérés, sans persistance du pneumothorax et sans pachypleurite diffuse.

Les dégâts considérables du poumon pouvant nécessiter une lobectomie, le matériel nécessaire doit être mis à la disposition des chirurgiens rompus à ces interventions, ce qui ne veut pas dire que les chirurgiens généraux sont pour cela inexperts. L'anatomie n'est pas ici bouleversée comme en chirurgie thoracique « civile » ou de deuxième main (tumeurs, lésions inflammatoires chroniques). Nous savons que nos collègues américains, grâce à la qualité de leur organisation et à la richesse de leur matériel, ont même pratiqué avec succès des pneumectomies dans leurs formations avancées.

B. — Les cas moyens, à thorax peu ou pas ouvert, en apparence, sans traumatopnée.

Ils répondent à la majorité des thorax qui arrivent à nos hôpitaux de campagne ou à nos formations spécialisées. Répétons, à dessein, que ce sont pour la plupart des blessés atteints de brèches pleurales importantes, que le parage opératoire de la plaie découvre sous un couvercle pariétal qui l'obturait plus ou moins complètement. Leur état est susceptible de s'aggraver brusquement par continuation ou reprise de l'hémorragie intrapleurale. L'instabilité de leur hémostase spontanée est, en effet, une des caractéristiques des blessures pulmonaires, ce sont souvent des blessés « à surprises », avec reprise subite des accidents hémorragiques dus à la lésion d'un vaisseau pariétal (intercostales, mammaires, etc.), ou d'un vaisseau important voisin du hile pulmonaire. Une plaie d'entrée limitée coïncide souvent, dans la profondeur, avec des lésions pleuro-pulmonaires importantes. L'orifice cutané plus ou moins réduit d'un de ces thorax en apparence fermés étant débridé, la plaie pariétale étant excisée et parée, les dégâts osseux, costaux et autres étant traités, on se trouve le plus souvent en présence d'une plaie thoracique soufflante. Il faut s'attacher à exciser et parer avec soin les lésions pariétales, afin de pouvoir fermer correctement la plèvre et la paroi en fin d'intervention. L'usage des sulfamides ne dispense pas d'une exécution minutieuse du parage de la plaie.

Faut-il faire plus et pratiquer chez ces blessés une thoracotomie exploratrice large, pour inventorier le poumon, en traiter les lésions, vérifier l'existence d'une lésion vasculaire communiquant avec la plèvre et dont il convient de pratiquer l'hémostase directe ? C'est avant tout par l'examen clinique attentif de la blessure (prévision des lésions profondes graves d'après le trajet probable du projectile repéré par les orifices) et du blessé, par les données radiographiques (volume et siège du projectile, importance et évolution de l'hémothorax), qu'on décidera de la conduite à tenir. Si la radiographie montre un petit hémothoarx, on part pour un parage pariétal minimum ; si elle montre un gros hémothorax; il faut s'attendre à pratiquer une thoracotomie large. Si une fois l'hémostase pariétale réalisée et l'hémothorax vidé par aspiration, ce dernier se reproduit sous les yeux de l'opérateur qui attend pour régler sa ligne de conduite, il faut faire une thoracotomie, attirer le poumon dans la plaie et en pratiquer l'hémostase par suture. Disons-le une fois de plus : il convient d'être sobre de larges thoracotomies exploratrices trop facilement exécutées : leurs indications doivent être formelles, elles comportent par elles-mêmes un facteur de gravité considérable ; des chirurgiens de fraîche date ont eu, parfois, tendance à les multiplier avec excès.

La thoracotomie large d'exploration est décidée, par quelle voie d'accès va-t-on la pratiquer ? En règle générale on passera par l'orifice d'entrée agrandi en conséquence, pour y voir clair, mais on sera contraint, dans certains cas, de choisir une voie d'accès plus ou moins typique, indépendante, pratiquée au point le plus favorable et permettant d'aller mieux, plus vite et plus directement vers le point de départ présumé de l'hémorragie.

Nous voulons insister ici, sur trois points essentiels :

I. Le traitement minutieux des lésions pariétales.

Nous y revenons à dessein ; il sera plus attentif encore, si possible, que pour une plaie des membres s'accompagnant de lésions osseuses : la plèvre est là, ouverte (même dans les thorax dits « fermés ») et dont il faut redouter l'infection. C'est de la façon dont seront traitées les lésions pariéto-costales que dépendront en grande partie les suites des blessures pleuro-pulmonaires : le rôle de l'infection de la paroi, de l'ostéite costale en particulier, dans le passage à la chronicité des blessures thoraciques, est une notion capitale ; elle avait déjà bien été mise en lumière par Roux-Berger lors de la guerre précédente ;

II. La nécessité de pratiquer les thoracotomies exploratrices, quand il y a lieu d'y recourir, avec le maximum de douceur et de délicatesse de gestes, en évitant le refroidissement par la plèvre ouverte, en utilisant des champs imbibés de sérum soigneusemnt réchauffé, en accordant à l'asepsie une constante attention ; on opère au milieu d'un hématome pleural très propice à l'infection. On se rappellera que la plèvre se défend plus mal contre cette infection que le tissu pulmonaire, qui y résiste ordinairement bien. On attirera avec grande douceur le poumon dans la plaie, on excisera sobrement, en l'ébarbant avec parcimonie, le tissu pulmonaire traumatisé, après avoir désenchâssé l'éclat, s'il est inclus et facilement accessible, sans aggraver les lésions. En cours d'intervention, l'assèchement de la cavité pleurale sera pratiqué à l'aide d'un aspirateur électrique : au début pour y voir clair, à la fin pour faire place nette avant la fermeture. La plèvre étant asséchée, ce sera le moment de verser *in situ* de la pénicilline. Nous y reviendrons ;

III. Faut-il ou non drainer ?

En principe non. Dans la majorité des cas, après une intervention bien conduite, on peut se passer de drainage. Si on croit devoir y recourir, il faut faire un drainage « a minima » avec un drain de très petit calibre (type sonde de Pezzer, introduite avec un trocart) placé en position bien déclive, lequel ou bien sera maintenu fermé jusqu'à l'évacuation dans une formation stable, ou bien sera utilisé immédiatement pour pratiquer pendant 48 heures, si on en a les moyens, une aspiration continue. Il ne faut pas placer de drain dans l'incision même de la thoracotomie et ne jamais, surtout, employer de gros drains à effet reversible, à thorax ouvert, mal fixés et non surveillés, bientôt hors du pansement mal assujetti et qu'on perdra dans la plèvre. Ce serait le moyen le plus sûr, le meilleur, pour infecter la cavité pleurale. La ponction reste, bien entendu, en cas de non drainage, une méthode excellente d'évacuation d'un hémothorax résiduel, sous contrôle radiologique ; elle pourra être très précoce et pratiquée dès le deuxième jour.

C. — Les cas bénins. Ils comprennent à la fois :

1° Ceux dont les lésions sont purement pariétales, sétons par balles ou petits éclats tangentiels ayant parfois ricoché sur une côte (seuls « thorax fermés » authentiques, nous l'avons vu) ;

2° Ceux aussi dont les lésions pleuro-pulmonaires sont superficielles et dont le type est la plaie par balle avec lésions pariétales peu importantes, orifices punctiformes, pas de lésions costales ou osseuses de voisinage. Comment les ditinguer ? L'hémoptysie révèle l'existence de la lésion pulmonaire, l'importance de l'hémothorax en mesure l'étendue. C'est essentiellement par la radiographie que s'explore l'hémothorax : s'il existe, la pénétration pulmonaire est vraisemblable ; s'il manque, c'est un troisième cas vrai, bénin, à évacuer loin d'emblée.

Le traitement des plaies transfixiantes bénignes du poumon est l'abstention, avec immobilisation demi-assise surveillée et morphine. Même dans ces cas bénins, il est toutefois indiqué (surtout s'il existe une lésion costale) et sans urgence absolue, de traiter la ou les plaies pariétales par excision et de les suturer après sulfamidothérapie, en principe sous anesthésie locale.

Médication bactériostatique

Les sulfamides et la pénicilline ont été employés systématiquement à la 1re Armée.

a) Les sulfamides locaux, en poudre ou en paillettes (U.S.A.), sont versés dans la plaie après son parage. *Per os*, ils sont administrés à fortes doses : pendant 6 jours, on donnera au minimum 8 grammes par jour pour les 48 premières heures, 7 grammes pour les 48 heures suivantes, puis 5 grammes.

b) La pénicilline sera utilisée par voie intra-pleurale : 50 ou 100.000 unités dissoutes dans 20 cc. de sérum ou d'eau distillée ; Tubbs, Roberts, à Londres, y ont insisté et l'emploient largement. En injections intra-musculaires (si les risques d'infection paraissent importants), on fera 100.000 unités par 24 heures dans les premières 24 heures et même dans les cas graves 20.000 unités toutes les 3 heures, jour et nuit ; on continuera, suivant les cas, 6 ou 7 jours de suite (6 à 700.000 unités). Elle donne pour la plèvre, comme dans toutes les séreuses en général (genou en particulier), des résultats tout à fait remarquables. Pendant les campagnes d'Italie et de Tunisie, les Français ne disposaient pas ou disposaient peu de pénicilline ; pendant la campagne de France, elle fut, au contraire, largement utilisée ; les courbes de température furent très différentes avec ou sans pénicilline.

Grâce à ces deux adjuvants, dans les plaies opérées correctement, les suppurations pleuro-pulmonaires, aussi bien que l'infection de la paroi, sont devenues d'une grande rareté. Aussi les emploiera-t-on, si possible, systématiquement.

Soins post-opératoires, évolution de l'hémothorax

Les soins post-opératoires à donner à ces opérés gravitent autour de cette triade principale : morphine à haute dose, repos et calme absolus, position demi-assise, avec une surveillance et un « nursing » particulièrement attentifs et qualifiés.

L'oxygénothérapie retrouve ici encore ses indications. Les transfusions ne présentent plus à ce stade les dangers redoutés avant l'intervention.

La novocaïne intraveineuse (0 gr. 20 matin et soir) a été employée avec succès et presque systématiquement dans certaines de nos formations (H. C. 421, etc.), pour calmer la dyspnée, si fréquente dans les suites opératoires ; certains blessés la tolèrent mal.

Tout dépend de l'évolution de l'hémothorax ; vers le troisième jour après l'opération, parfois plus tôt, au bout de 48 heures, l'aspiration de l'hémothorax résiduel ou de l'épanchement séreux réactionnel sera assez souvent indiquée. Elle sera pratiquée avec une grosse seringue munie d'une forte aiguille ; elle ne videra pas la plèvre à siccité : on se contente d'ordinaire d'évacuer 500 cc. ; la répétition de ces ponctions sera commandée par l'évolution et la nature de l'épanchement ; elles amènent souvent un soulagement marqué.

L'aspiration continue, en particulier avec le dispositif des bouteilles à vide munies de deux aiguilles, est très recommandable. On peut, avec cet appareillage, réaliser n'importe où une aspiration continue. La trompe à eau (siphonnage) nécessite une installation plus compliquée.

Surveillance bactériologique de l'hémothorax.

Elle montre que si les bactériostatiques ont été employés préventivement, le liquide reste stérile. Au cas contraire, il faut surveiller, comme nous le faisions en 1914-18 le degré de l'infection de l'hémothorax et y parer, soit par l'emploi à ce moment de la pénicilline et des sulfamides, soit par une pleurotomie, qui reprend alors ses indications classiques.

Suites tardives

Nous ne nous occupons pas ici des cas passés à la chronicité. Si les directives résumées ci-dessus et la chimiothérapie ont été mises en application convenablement (ce fut le cas des blessés du thorax qui furent traités à notre 1re Armée), le passage des lésions à la chronicité devient exceptionnel, contrairement à ce qui se passa lors de la guerre 1914-18, contrairement aussi à ce que nous venons de voir chez les blessés allemands soignés dans leurs propres formations sanitaires : l'absence de traitement initial correct (plaies d'entrée souillées ou non ou insuffisamment excisées, corps étrangers vestimentaires ou autres non enlevés), a donné lieu chez eux à des infections pleuro-pulmonaires graves), extrêmement fréquentes.

Sans doute ignorons-nous encore à l'heure actuelle, à l'avant, les suites tardives de nos blessés thoraciques. Il semble bien que les résultats soient infiniment meilleurs qu'autrefois. On croit toutefois trop facilement que ces blessés sont guéris définitivement : c'est une erreur ; ils doivent être surveillés radiologiquement pendant longtemps, car ils restent exposés aux accidents et complications tardifs (hémothorax enkystés, abcès du poumon, thorax anormaux, etc.). En dehors des pleurésies purulentes chroniques plus ou moins localisées, avec poches fistulisées, que nous avons observées si fréquemment il y a 25 ans et dont il paraît n'y avoir que peu d'exemples actuellement, il est certain qu'on a dû voir et que l'on verra encore plus ou moins tardivement persister des séquelles chez nos opérés du thorax. La thérapeutique de seconde main de ces complications tardives doit être mise entre les mains des chirurgiens thoraciques spécialisés, lesquels pourront, dans quelques mois, nous donner des renseignements précis sur les suites tardives de ces blessés.

Quelques points particuliers

1° Faut-il s'obstiner à enlever d'emblée tous les éclats ?

Certainement non. Il ne faut les enlever que s'ils sont d'un accès très facile, visibles ou palpables dans le champ opératoire immédiat et aussi s'ils sont intra ou juxta-pleuraux, car ils irriteront et infecteront à coup sûr la séreuse. On peut laisser un éclat s'il est de faibles dimensions et devant la certitude d'une recherche difficile, quitte à procéder ultérieurement à son extraction à froid, de préférence dans un centre spécialisé.

On n'extrait pas toujours d'emblée et impunément un éclat intra-pulmonaire, surtout s'il siège au voisinage du hile, comme on l'extrairait s'il siégeait au niveau des membres : il faut faire entrer en ligne de compte l'éventualité d'une ablation laborieuse, dont on ne saurait sans danger sous-estimer la gravité.

2° Les lésions diaphragmatiques. Si la plaie est transfixiante et qu'elle paraît intéresser le diaphragme, il faut aller voir et suturer la brèche musculaire, même en l'absence de signes abdominaux, lesquels commandent à l'évidence une opération immédiate ; une hernie diaphragmatique peut apparaître précocement. Dans toutes plaies thoraco-abdominales, il convient d'intervenir sans tarder ; l'issue d'un fragment épiploïque par la brèche intercostale est une indication impérative à une incision exploratrice, de préférence à une thoraco-phréno-laparotomie. La gravité des plaies du poumon coïncidant avec les lésions diaphragmatiques, même en l'absence de lésions des viscères abdominaux et de larges déchirures du muscle, a frappé plusieurs chirurgiens de notre armée (F.C.M. 5) ; de pareils blessés ont parfois succombé, en moins de 48 heures, à des accidents asphyxiques d'interprétation difficile : les autopsies n'ont pas été concluantes. Peut-être s'agissait-il d'accidents réflexes, ou bien de lésions concomitantes insoupçonnées.

3° Effraction des voies aériennes. L'emphysème sous-cutané et même l'emphysème médiastinal peuvent être sans gravité menaçante. L'emphysème grave, généralisé ou médiastinal, suffocant, rapidement asphyxique, peut nécessiter une intervention d'urgence. Nous nous refuserons à entrer dans certaines discussions entre les « interventionnistes impénitents », qui conseillent une thoracotomie exploratrice large et la suture pulmonaire (Curtillet) et les « traditionnalistes », moins offensifs, qui se contentent des incisions palliatives (sus-sternale et autres) à but décompressif, lesquelles n'ont guère donné, d'ailleurs, que des déboires. Nous n'entrerons pas davantage dans les explications pathogéniques discutables sur lesquelles les « offensifs » basent leurs indications opératoires : cause pulmonaire corticale et cause pariétale.

Le « nursing » des blessés thoraciques

Nous ne terminerons pas ce bref rapport sans dire un mot sur les soins dont doivent être entourés les blessés thoraciques : ce qui serait une grave lacune. Notre personnel féminin, dévoué et méritant, est loin d'approcher de cet admirable « nursing » anglo-saxon : c'est notre organisation qui en est cause et non nos infirmières. Celles-ci ont une formation technique insuffisante, trop empirique ; elles doivent subir un entraînement pratique plus poussé ; on n'improvise pas les soins qualifiés à donner aux blessés thoraciques (surveillance de l'aspiration, etc.), il faut augmenter le nombre de « soignantes » spécialisées dans les services thoraciques et très certainement élever leur standard de vie.

Conclusions

A. — Nous terminerons cet exposé, trop bref et très incomplet, du fait des circonstances, par quelques suggestions votives, destinées aux conflits à venir et, plus immédiatement... à celui d'Extrême-Orient.

a) Il faut porter plus en avant les formations chirurgicales destinées aux premières urgences et annexer aux « bataillons médicaux » des équipes entraînées à la chirurgie thoracique.

b) Affecter à ces formations chirurgicales avancées des chirurgiens d'autant plus expérimentés qu'ils ont à faire toutes les premières urgences, les plus graves.

c) Les doter d'un matériel réduit au strict minimum aisément transportable, mais comprenant les instruments indispensables pour pratiquer une lobectomie, quand elle s'impose (le cas s'est présenté où certains chirurgiens ont dû battre en retraite, faute d'instruments appropriés).

d) Les anesthésistes des équipes chirurgicales avancées doivent être dotés d'appareils à anesthésie à circuit fermé ; ils doivent en outre être capables de pratiquer des intubations trachéales pour anesthésie sous hypertension.

e) Les blessés pleuro-pulmonaires sont à surveiller avec un soin particulier. Les formations thoraciques spécialisées doivent comporter un personnel soignant particulièrement éduqué au point de vue technique et particulièrement entraîné aux soins spéciaux qu'exige ce genre de blessés. Le « nursing » anglo-saxon peut servir de modèle.

B. — Du point de vue de la conduite opératoire, nous dirons :

a) Opérer largement ou s'abstenir, telle est la question. L'indication clinique est basée sur l'existence, l'arrêt ou la persistance de l'hémorragie (R. Sauvage) ;

b) Il faut se garder de trop d'audace ; les débutants en chirurgie thoracique de guerre en ont montré, parfois, un peu trop ; ils ont pratiqué trop à la légère de larges thoracotomies. Ces interventions, même bien conduites, revêtent toujours un indiscutable caractère de gravité ;

c) C'est dans les indications opératoires et dans la surveillance très attentive des soins post-opératoires des blessés du thorax que réside le secret des statistiques favorables.

Rottweil (Wurtemberg), juillet 1945.

IXᴱ CONGRÈS FRANÇAIS DE GYNÉCOLOGIE
(Suite et fin)

FIBROMES UTÉRINS

CINQUIEME RAPPORT

Le traitement chirurgical (Technique, résultats, indications)
Par Eugène Pollosson (Lyon)

Aux côtés de la discussion des divers problèmes classiques et d'un essai de classification des indications thérapeutiques, l'auteur défend la chirurgie conservatrice sous toutes ses formes en apportant les statistiques de la Clinique gynécologique de Lyon.

Il lui paraît qu'en France, car il est malaisé de savoir ce qui se passe à l'étranger, on estropie encore aujourd'hui trop de fibromateuses par la chirurgie trop radicale et aussi bien, sinon mieux, par les agents physiques (R.X et radium).

A la formule du traitement des fibromyomes par la castration chirurgicale ou la castration sèche, il oppose une autre règle : contre le fibromyome, la myomectomie est la méthode de choix. Les autres méthodes n'interviennent que lorsque la myomectomie est impossible. Après la myomectomie se posent par dégradation toutes les indications des multiples interventions encore conservatrices et enfin les indications des interventions radicales.

Pollosson élimine une fois pour toutes l'utérus fibreux généralisé dit de Richelot, qui encombre et fausse les discussions, car il est encore trop souvent englobé ou confondu avec les fibromyomes.

Et pour défendre ses idées, il apporte des faits et des résultats.

SIXIEME RAPPORT

Fibrome et puerpéralité
Par R. Lyonnet (Lyon)

Une fois prouvée par l'observation clinique journalière la possibilité que coexistent fibrome et puerpéralité, il importe de préciser quelles sont les conséquences de cette coexistence, tant pour le fibrome que pour la grossesse. Ce sont ces conséquences dont le rapporteur rappelle dans une première partie analytique les diverses modalités, du reste fort classiques. Puis dans une étude plus synthétique, il souligne les difficultés diagnostiques que soulèvent les différents cas cliniques, et essaye de préciser les éléments de pronostic, qui, en présence d'un fibrome coexistant avec une grossesse, permettent de prévoir quelque peu quelle sera l'évolution de l'un et de l'autre ; ce pronostic est difficile à porter ; mais, dans ses grandes lignes, tout à fait favorable : l'association du fibrome et de la grossesse réalise le plus souvent un « bon ménage », bien qu'évidemment les « échanges de mauvais procédés » entre l'un et l'autre soient toujours possibles.

Enfin, dans un dernier chapitre est exposée la question d'intérêt plus immédiatement pratique, qui est celle des indications thérapeutiques. Pendant la grossesse, l'expectative doit être, dès l'abord, la ligne de conduite essentielle ; l'indication à intervenir doit être tirée de complications bien définies et bien réelles. Si ce n'est pour le fibrome pédiculé du col, facilement extirpable par voie vaginale, toute intervention prophylactique est délibérément à rejeter. Toute complication ne relève pas d'emblée de la chirurgie, et pour la plus fréquente d'entre elles, la nécrobiose aseptique, l'opération ne s'impose qu'en cas d'échec d'un traitement médical bien conduit. Cette chirurgie devra être aussi conservatrice que possible, ménager autant que faire se peut la gestation actuelle et conserver pour l'avenir la possibilité de nouvelles fécondations : c'est dire qu'elle s'adressera avant tout à la myomectomie et que l'hystérectomie n'est à envisager que lorsque la première est irréalisable. Pendant le travail, la tendance sera d'une façon générale également abstentionniste. Cependant, dans les cas, rares du reste, de dystocie praevia par fibrome intra-pelvien, ou de rigidité cervicale par fibrome du col, dans ceux plus fréquents d'anomalies graves dans la présentation ou la marche du travail, il ne faudra pas hésiter à recourir à l'hystérotomie qui ménagera au mieux les intérêts de l'enfant et qui, complétée par le traitement du fibrome lui-même (myomectomie ou hystérectomie), sera également pour la mère la meilleure ligne de conduite.

SEPTIEME RAPPORT

Fibromyomes utérins et endocrinologie
Par Claude Beclère (Paris)

1° Les noyaux de fibromyomes utérins se développent presque uniquement sur un terrain hyper-hormonal, mais ils s'y développent chez certaines femmes et pas chez d'autres, pour des raisons ignorées.

2° La grande majorité des augmentations de volume et des hémorragies utérines se produisent après la quarantaine et sont dus aux poussées d'hyper-fonctionnement hypophysaire et d'hyper-folliculinisme ovarien qu'entraîne le dérèglement hormonal préménopausique.

3° Les hémorragies utérines des fibromyomes utérins ne sont pas des hémorragies dues à une lésion organique, mais bien des hémorragies fonctionnelles par hyperfolliculinie d'origine ovarienne.

4° Il suffit, en effet, que l'activité folliculinique de l'ovaire soit supprimée par la ménopause naturelle, chirurgicale ou röntgenienne pour que les hémorragies utérines et l'augmentation de volume du fibrome cessent immédiatement et définitivement.

5° De même, il suffit de freiner l'activité hypophysaire et l'activité ovarienne par l'hormone mâle pour voir diminuer les hémorragies des fibromes et s'arrêter l'augmentation de volume de la tumeur.

6° L'augmentation de volume des fibromes et les hémorragies utérines accompagnant les fibromes sont donc bien entièrement dues à l'hyperfolliculinie ovarienne.

HUITIEME RAPPORT

Les indications thérapeutiques dans les fibromes utérins
Par André Chalier (Lyon)

Voici les principales notions qui se dégagent de ce rapport :

1° Sans méconnaître les F. qui demeurent latents pendant toute une vie, ni les F. qui régressent à la ménopause, il paraît logique que tout F. reconnu mérite, non seulement d'être surveillé, mais traité, ce qui ne veut pas forcément dire opéré, sans attendre la venue des complications ;

2° Le traitement médical par la testostérone, très encourageant, n'est guère encore qu'une espérance, mais il convient aux F. jeunes, peu volumineux, hémorragiques ;

3° Les rayons X et le radium ont le grand tort de castrer physiologiquement les malades ; de ce fait, ils ne doivent conserver que des indications très restreintes ;

4° Le traitement chirurgical, de plus en plus bénin, gagne chaque jour du terrain par son évolution de plus en plus marquée vers la conservation : dans 30 % des cas environ, on peut utiliser la myomectomie, opération de prédilection, l'hystérectomie fundique, l'hystérectomie supra-isthmique, la myométrectomie, les greffes d'endomètre. Dans les 70 % des cas où l'hystérectomie totale ou subtotale s'imposera encore, il sera possible, et très utile, le plus souvent, de conserver les ovaires ou mieux encore le bloc ovaire-trompe, même si les annexes, très fréquemment altérées, méritent d'être normalisées par des gestes très simples. Faute de mieux, il restera encore la ressource de la greffe ovarienne dans les grandes lèvres. Désormais donc, la castration totale, jusqu'ici classique, doit céder le pas à une chirurgie conservatrice, gardienne de la féminité.

Dans la deuxième partie, Chalier étudie les indications adaptées à tels ou tels cas cliniques : indications d'urgence, indications tirées de l'âge, de l'état général, des caractères physiques du F. ou de ses complications. En résumé, le traitement actuel du F. ne saurait être univoque, mais individuel, basé sur ses caractères propres et sur les conditions cliniques particulières à chaque fibromateuse.

Communications diverses

Un cas de vagin et d'utérus doubles, M. d'Ernst (Genève).

Au sujet de l'étiologie de l'avortement habituel, M. J. A. Schokaert (Louvain).

Curetage et stérilité, M. Merger (Paris).

Endomètre tuberculeux, stérilité et aménorrhée, MM. Lafont et Laffargue (Alger).

Métrites et parasitisme intestinal, M. Bourgarel (Alger).

Les métrorragies du benzolisme professionnel, M. R. Traissac (Bordeaux).

1° Applications de la morphographie et du biogramme à la gynécologie (projections) ;

2° Etude comparative de la courbe thermique pendant le cycle menstruel et pendant la grossesse, M. HUBERT (Paris).

Dosage colorimétrique du prégnandiol, test chimique du corps jaune, MM. Max JAYLE et O. LIBERT (Paris).

Une mole de diagnostic difficile, MM. COURTOIS et PHILIPPE (Saint-Germain-en-Laye).

Douleur élevée croisée cervicale droite au cours d'une rupture de kyste hématique de l'ovaire gauche, M. AIMES (Montpellier).

Lipiodol et grossesses extra-utérines, M. Jean DALSACE (Paris).

Un cas d'indication thérapeutique erronée, M. SALOMONSON (Amsterdam).

Péritonite par perforation d'un pyosalpinx, hystérectomie, embolie post-opératoire, injection intraveineuse de novocaïne, guérison, M. AIMES (Montpellier).

Hémorragies provoquées par les implantations d'œstradiol, Mme I. BERNARD (Bordeaux).

Séquelles de phlébite et infiltration du splanchnique, M. BUR (Sélestat).

Sacro-coxalgies évolutives et puerpéralité, M. BEDNINE (Lille).

La lutte contre la stérilité en Afrique du Nord, M. LAFFONT (Alger).

**

Le X[e] *CONGRES FRANÇAIS DE GYNECOLOGIE* aura lieu à Lyon (mai 1946).

Président d'honneur : M. le Professeur Costa-Sacadura (Lisbonne) ; président : M. le Professeur G. Cotte (Lyon) ; Secrétaire : M. le Professeur agrégé E. Pollosson (Lyon).

Question à l'ordre du jour : L'ovulation et ses troubles.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 17 NOVEMBRE 1945

Recherches sur les accidents du choc transfusionnel. — MM. L. BINET, R. BENDA et M. BURSTEIN. — L'injection intraveineuse des globules rouges humains incompatibles détermine chez le chien un état de choc caractéristique. L'hypotension s'accompagne d'une vaso-constriction périphérique, d'origine nerveuse et humorale. Elle semble être liée à une insuffisance aiguë du myocarde. Chez l'animal rétabli après le premier choc une nouvelle injection est sans effet tensionnel, bien que le sérum de l'animal réfractaire continue à agglutiner les globules rouges injectés.

L'acide thyononucléinique hautement polymérisé, principe capable de conditionner la spécificité sérologique et l'équipement enzymatique des bactéries. Conséquences pour la biochimie de l'hérédité. — MM. BOIVIN, VENDRELY et Mme LEHOULT.

Nouvelles recherches sur les variations de l'excitabilité nerveuse sous l'influence des divers sucres. — M. P. CHAUCHARD, Mme H. MAZOUÉ, M. R. LECOQ et E. LECLAINCHE.

SÉANCE DU 3 DÉCEMBRE 1945

A propos de l'énergie intra-atomique. — L'Académie des Sciences a voté le projet de résolution proposé par l'Académie royale d'Amsterdam. Elle considère que « comme résultat de la recherche scientifique, l'énergie intra-atomique a été mise à la disposition de la collectivité humaine en tant que nouvelle source d'énergie » et « qu'il est inadmissible que les résultats de la recherche scientifique puissent être tenus secrets. »

Election du vice-président. — M. Louis Blaringhem, de la section de botanique, est élu vice-président pour 1946.

M. Cartan, de la section de géométrie, vice-président pour 1945, devient président pour 1946.

Election. — M. Paul Pascal, professeur de chimie générale à la Faculté des sciences, est élu en remplacement du regretté Marc Tiffeneau.

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1945

Notice nécrologique sur M. Jeanneney. — M. L. BAZY.

Rapport sur l'état sanitaire en France en 1944. — M. TANON.

Motion de félicitations au Gouvernement à l'occasion de la création du Ministère de la Population. —

Un sanatorium pour les lycéens et les collégiens. — M. RIST. — Devant la nécessité de traiter de jeunes sujets d'âge scolaire qu'il est délicat, sinon impossible d'exposer sans défense à certains voisinages, au point de vue moral en particulier, il a été possible, grâce à divers appuis, de créer dans la banlieue parisienne un nouvel établissement de cure qui devra être agrandi et complété par d'autres du même genre. 40 lits sont actuellement occupés sur 80 environ, par des collégiens des deux sexes qui trouvent là, en plus de la surveillance et des soins médicaux, une ambiance morale et intellectuelle satisfaisante. Il faut, à cet âge, éviter, en effet, l'interruption complète et prolongée de l'activité intellectuelle.

Mort par teinture de coiffeur. — MM. GOUGENOT et SCLAFER rapportent l'observation d'une femme qui, au lendemain d'une teinture par un « henné » de nature suspecte, produit d'emploi courant semble-t-il, est prise d'un prurit intense suivi bientôt d'une éruption scarlatiniforme généralisée qui la fait hospitaliser. Eruption et œdème s'étendent bientôt à toutes les muqueuses, s'accompagnent de fièvre élevée, d'oligurie avec albuminerie, azotémie, de prostration, de délire. La mort survient au bout d'une semaine environ. L'autopsie n'a pu être pratiquée.

Discussion. — M. FIESSINGER insiste sur la nocivité pour le rein des teintures à la paraphénylène-diamine, facteur de néphrite aiguë et chronique.

A propos de la recrudescence des diphtéries, et surtout des diphtéries malignes. — MM. DESBUQUOIS et BREE. (Présentation de M. Debré.). Les auteurs ont observé une recrudescence de diphtérie, et surtout de diphtéries malignes, dans leur service de l'hôpital Bretonneau, à Tours. Ils en étudient les causes : négligence des malades, retard du diagnostic, surtout dans les formes cliniques anormales, traitement insuffisant, absence ou insuffisance des mesures prophylactiques, insuffisance des vaccinations. Une telle recrudescence pourrait être évitée ou enrayée si des mesures convenables étaient réalisées.

SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE 1945

Nécrologie. — Le Président fait part à l'Académie du décès de M. BAN, ancien président de l'Académie et de M. Henri CLAUDE.

Notice nécrologique sur M. PEZZI, M. LAUBRY.

Notice nécrologique sur M. VLÈS, M. STROHL.

Adénoépithéliome solitaire du foie. Exérèse. Guérison. — MM. BAUMGARTNER et FIESSINGER. Certaines tumeurs hépatiques, de nature adénoépithéliomateuse, se manifestent par une tumeur unique, solitaire et encapsulée, incontestablement maligne histologiquement la transformation épithéliomateuse y étant certaine. Elles peuvent être enlevées sans aucune récidive. Les auteurs qui en ont déjà rapporté un cas en 1935, présentent une nouvelle observation avec contrôle histologique, absolument superposable à l'observation ancienne. Même négativité dans les deux cas de l'exploration fonctionnelle sauf pour l'épreuve du rose bengale qui témoigne ici d'une légère hépatite chronique. Il s'agit de tumeurs intermédiaires entre le dysembryome hépatique simple et l'adénome trabéculaire malin. Leur bénignité macroscopique est entière. Le bistouri électrique et les techniques modernes permettent l'espoir de guérison.

Destruction des moustiques dans les fosses compartimentées par le D. D. T. — MM. POULAIN, ROMAN et RINAUDO (présentation par M. RAMON). — Ces fosses sont parfois des gîtes importants et presque inexpugnables de Culex. La protection ne semble possible qu'au moyen d'insecticides solubles ou émulsionnables sans action sur les bactéries liquéfiantes. Les suspensions de D.D.T. ont donné des résultats satisfaisants ; on les obtient à partir de solutions alcooliques.

Si les nymphes sont assez résistantes, les larves sont très sensibles. L'émulsion pénètre jusque très avant dans le compartimentage et est active quel que soit le renouvellement des liquides.

Evolution de la morbidité par tuberculose pulmonaire au dispensaire Léon-Bourgeois. — M. MALTHETE (présentation par M. RIST). — Si la tuberculose pulmonaire semble plus fréquente dans certains milieux, le taux d'augmentation lorsqu'on retient seulement les cas bactériologiquement confirmés est difficile à apprécier pour l'ensemble de la population. Dans 3 arrondissement parisiens cependant le taux de morbidité semble baisser depuis 1936. Elle remonte de 1938 à 1941, tout en demeurant inférieure au taux de 1931.

La mortalité moyenne a augmenté de 15,4 % de 1935-1938 à 1941-1944, la morbidité moyenne a diminué de 7,2 %. Les morts plus fréquentes durant la guerre, parce que les malades bacillifères sont morts plus vite. La léthalité plus grande tient à une gravité plus grande non à un nombre supérieur.

Discussion : M. Rist.

Gangrène gazeuze et lysines de « B. subtilis ». — M. M. Vallée (présentation par M. Bazy). — Poursuivant ses recherches sur la « subtilysine », l'auteur met en évidence l'atténuation de virulence du vibrion septique et du b. œdématiens au contact de cette lysine et l'effet protecteur et curatif chez le cobaye contre l'inoculation de microbes virulents.

La protection est constante à la condition de maintenir dans l'organisme un taux constant de lysine malgré l'élimination qui est, du reste, beaucoup moins rapide que pour la pénicilline.

La lysine brute utilisée titrait 30 unités en moyenne et était demeurée 16 mois à la température du laboratoire.

Séance du 11 décembre 1945

Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire dans la section de médecine en remplacement de M. Troisier, décédé.

Dépistage de la tuberculose dans les écoles de Lyon. Liaison avec les dispensaires. — MM. Paul Courmont, J. Poulain. — Le dépistage et la prophylaxie de la tuberculose dans les écoles de Lyon ont porté sur plus de 23.000 écoliers soumis à la percuti-réaction systématique tous les 6 mois, jusqu'au virage et à la radioscopie de tous les cas ayant viré. L'emploi sytématique de la percuti se montre, en pratique, suffisant pour déceler à peu près tous les cas de primo-infection et permettre de prendre les mesures nécessaires. La radioscopie chez les percuti positifs montre les cas avec lésion. Ces images radioscopiques de primo-infection ont été trouvées chez 28 % des enfants dont le virage à la tuberculine était récent.

Une liaison étroite avec les neuf dispensaires de Lyon (assistantes de liaison, indication de tous les cas tuberculeux ou à virage positif), a permis de prendre toutes les mesures nécessaires : recherche de la cause de contagion ; prise en charge des enfants et de leur famille par les dispensaires ; surveillance et envoi dans les préventoriums.

Le nombre des enfants tuberculeux ainsi dépistés permet de prévoir le nombre de lits en préventorium nécessaires pour une grande ville.

Discussion : M. Armand-Delille.

La pénicilline en chirurgie. — M. Cadenat commente 133 observations provenant du Centre de pénicilline de la clinique chirurgicale de Saint-Antoine, parmi lesquelles des anthrax et furoncles, des panaris et phlegmons de la main, des infections des parties molles, en certains cas gangréneuses, de diverses régions, des fractures ouvertes, des plaies articulaires, des infections d'origine buccale ou rhino-pharyngée, des affections abdominales diverses, des infections puerpérales graves.

La pénicilline a donné des résultats parfois impressionnants chez des malades qui avaient résisté à d'autres traitements ; les injections sont indolores et la réaction nulle. Mais ces qualités même exposent à deux risques : espoirs inconsidérément mis dans un traitement que la rareté du médicament peut interdire, emploi illégitime ou inutilement prolongé d'une substance encore rare et dont une plus grande diffusion est désirable.

Election des Commissions permanentes pour l'année 1946.

Election d'un vice-président pour 1946, d'un secrétaire annuel et de deux membres annuels du Conseil d'administration. — M. Brumpt est élu vice-président à l'unanimité. M. Bénard, réélu à l'unanimité secrétaire annuel, MM. Levaditi et Lesné, élus à l'unanimité membres annuels du Conseil d'administration.

Election d'associés étrangers. — MM. E. D. Adrian (de Londres), C. H. Best (de Toronto), sir Henry Dale (de Londres), sir Alexander Fleming (de Londres), R. G. Harrison (de Washington), B. Houssay, de Buenos-Ayres), Minot (U. S. A.), T. H. Morgan (de Californie), L. A. Orbeli (d'U.R.S.S.), Miguel Ozario de Almeida (de Rio-de-Janeiro), sont élus associés étrangers.

Election de correspondants étrangers. — MM. Govaerts (de Bruxelles), Michaud (de Lausanne), J. Parkinson (de Londres), Riley (de New-York), sont élus correspondants étrangers dans la section de médecine ; MM. Bessemans (de Gand), Bremer (de Bruxelles), Kling (de Suède), Parnas (de Moscou), Racovitza (de Cluj), correspondants étrangers dans la section de biologie ; MM. Clementino Fraga (de Rio-de-Janeiro) et sir William Wilson Jameson (de Londres), correspondants étrangers de la section d'hygiène.

Vacances de Noël et du Jour de l'An. — L'Académie ne tiendra pas séance les mardis 25 décembre et 1er janvier.

Commissions permanentes pour l'année 1946. — *Hygiène et maladies contagieuses.* — MM. Vincent, Bezançon, Dopter, Balthazard, Renault, Martel, Brouardel, Lesage, Lesné, Lemierre, Ramon, Debré, Tanon.

Eaux minérales. — MM. Carnot, Loeper, Villaret, Harvier, Fabre, Polonovski, Chiray. Chevassu.

Vaccine. — Martel, Renault, Couvelaire, Ramon, Brindeau, Tanon, Guérin, Bénard.

Hygiène de l'enfance. — MM. Renault, Couvelaire, Lesage, Lesné, Debré, Ribadeau-Dumas, Bénard.

Sérums. — MM. Vincent, Renault, Brocq-Rousseu, Lemierre, Ramon, Bénard, Fabre. A titre consultatif : MM. Rist, Tréfouel, Boivin.

Tuberculose. — MM. Bezançon, Renault, Brouardel, Rist, Guérin, Ribadeau-Dumas, Martel, Lesné, Veau, Courcoux, Ameuille, Verge.

Hygiène et pathologie exotiques. — MM. Vincent, Brumpt, Lapicque, Perrot, Rist, Tanon, Vallery-Radot, Gougerot, Urbain.

Maladies vénériennes. — MM. Levaditi, Brindeau, Tanon, Gougerot, Urbain, Sézary, Touraine.

Institut supérieur de vaccine. — Le Conseil et la Commission de la vaccine.

Laboratoire de contrôle des médicaments antisyphilitiques. — Le Conseil et MM. Guillain, Gougerot, Richet, Sézary, Touraine.

Laboratoire des contrôles chimiques, microbiologiques et physiologiques. — Le Conseil et MM. Carnot, Delépine, Ramon, Binet, Loeper, Polonovski, Fabre.

Comité de publication. — MM. Rouvillois, Brumpt, Roussy, Renault, Baudouin, Bénard, Levaditi, Lesné.

Commission du dictionnaire. — MM. Roger, Hartmann, Rist, Rouvillois, Villaret, Laignel-Lavastine, Duhamel, Veau, Baumgartner.

Commission des membres libres. — MM. les membres de la section et MM. Vincent, Roger, Martel, Hartmann, Lapicque, Radais.

Commission des associés. — MM. Vincent, Roger, Martel, Hartmann, Lapicque, Lenormant, Jolly, Roussy, Rouvillois, Bertrand, Vallery-Radot, Binet, Laubry, Fiessinger, Chevassu, L. Bazy.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 21 novembre 1945

Plasties des muscles en chirurgie thoracique d'après 24 interventions. — M. Iselin. — M. Baumgartner rapporte ce travail ; les indications sont les cavités pleurales résiduelles, les fistules broncho-cutanées mutiples. Dans 18 cas de cavités résiduelles, 12 guérisons très rapides, 6 ont guéri lentement parce que surinfectées par le bacille de Koch. Dans deux cas l'auteur a eu des shocks importants par suite de la présence d'un abcès profond. M. Iselin conseille cette plastie à la sixième semaine après pneumotomie.

Invaginations intestinales successives du côlon et du grêle ayant nécessité deux interventions. Guérison. — MM. Bubois-Rocquebert et Rocquigny. M. d'Allaines, rapporteur.

Six observations de récidives après cancer du rectum opéré avec conservation du sphincter. — M. Denis. — M. Bernard rapporte ce travail dans lequel les opérations pratiquées ont été des résections abdomino-sacrées ou sacrées. L'auteur considère que, néanmoins, la conservation du sphincter peut être faite avec d'excellents résultats ; les six récidives sont survenues sur 40 opérations.

M. d'Allaines sur 100 opérations n'a eu que deux récidives locales ; dans ces deux cas il avait fait la section du rectum à moins de 5 cm au-dessous de la tumeur.

La pneumotomie en un temps. — M. Iselin. — M. Quenu rapporte ce travail basé sur 50 opérations ; 34 opérés survivants dont 19 ont été guéris après plasties musculaires secondaires. L'opération doit être faite précocement, après un bon repérage ; ablation costale minimum et sous anesthésie locale. La symphyse pleurale existe presque constamment. M. Quenu discute les avantages et les inconvénients respectifs de l'intervention en un ou deux temps ; il estime que l'essentiel est d'opérer précocement dans les 6 ou 8 premières semaines.

M. Sauvage préfère avoir recours à l'ouverture en deux temps pour être à coup sûr certain de la symphyse pleurale.

Aiguille de couturière entourée d'un calcul extraite d'un rein. — M. Oeconomos (d'Athènes). L'aiguille avait été avalée ; il s'agit d'une migration à travers la paroi de l'intestin.

TABLE DES MATIÈRES

1945

A

B

C

Les chiffres suivis d'un astérisque correspondent à des articles originaux.

J

K

L

M

N

O


TRAITEMENT
DES ANÉMIES
ET DES
DÉFICIENCES
NEURO-
ORGANIQUES
SOJAMINOL, complexe d'acides aminés : histidine, tryptophane, extrait du SOJA, riche en vitamines naturelles du groupe B associé aux gluconates de Fer et de Cuivre et à un neurotonique atoxique de synthèse : l'Ambotolyl.
MODE D'EMPLOI :
Adultes : 2 comprimés à chacun des trois repas.
Enfants : 2 comprimés à chacun des deux principaux repas.
SOJAMINOL
COMPRIMÉS
LABORATOIRE
du NEUROTENSYL
72, Bd Davout - PARIS (20e)


Sulfamidothérapie
SO² NH²
1162 F.
Néo-Coccyl
Pulvo-Coccyl
POUDRE
Gyno-Coccyl
ovules
Néo-Coccyl
Comprimés à 0 gr 50
Ampoules de 20cc & 200cc
Crayons Chirurgicaux
Crayons Gynécologiques
Bougies
Mèches
NH²
LANCE POUDRE DOSEUR breveté pour PULVO-COCCYL
Laboratoires du Dr PILLET - G. HOÜET. Phiens 222. Bd Péreire. PARIS
ETOile 40-15 - Télég. HOUÉPILLET-PARIS - Service de garde MOLitor 58-85

P

Q

R

S

T

U

V

TABLE DES AUTEURS

1945

Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe). Dépôt légal. — 1945. — 4e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd.

